

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS



AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA:

**Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação
na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados**

Andreia Filipa Jesus Carvalho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora:

Professora Doutora Maria Amália Silveira Botelho

Co-orientadora:

Terapeuta Patrícia Maria da Cunha Soares Paquete

Março 2012

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA:

**Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação
na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados**

Andreia Filipa Jesus Carvalho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora:

Professora Doutora Maria Amália Silveira Botelho

Co-orientadora:

Terapeuta Patrícia Maria da Cunha Soares Paquete

Março 2012

“Se não compreendes o princípio,

Nunca compreenderás o fim”

Anónimo

AGRADECIMENTOS

À *Professora Doutora Maria Amália Botelho*, pela disponibilidade, incentivo e apoio na orientação deste trabalho.

À *Terapeuta Patrícia Paquete*, pela ajuda e orientação durante a realização deste trabalho.

Aos *colaboradores, utentes e Direcção* da Residência São João de Ávila e, em especial, aos *ajudantes de acção directa* desta Instituição, pela participação e disponibilidade para este estudo.

Às minhas *colegas fisioterapeutas*, pelo contributo na realização deste trabalho.

Aos meus *colegas do MSE 2*, pelo companheirismo durante esta jornada.

Aos meus *pais, família e amigos*, pelo apoio de sempre!

À minha *irmã*, à *Paula* e à *Renata*, por estarem sempre presentes, pela ajuda incondicional durante toda a realização deste trabalho e por me fazerem acreditar que a sua concretização era possível!

O presente estudo foi proposto no âmbito da 2ª Edição do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

As vivências empíricas da autora, no seu contexto profissional, serviram de base para a escolha do tema. Em traços gerais, com o desenvolvimento deste estudo pretendeu-se dar um contributo para a caracterização da situação dos ajudantes de acção directa, nomeadamente no que diz respeito à formação profissional e ao seu desempenho na prestação de cuidados junto da população com mais de 65 anos, em contexto de unidades de internamento.

RESUMO

A transferência de indivíduos dependentes é uma das tarefas mais realizadas pelos ajudantes de acção directa (AAD) na prestação de cuidados a idosos, sendo crucial haver formação nesta área. No entanto, os programas de formação em transferências raramente são avaliados em termos de desempenho na realização deste tipo de tarefas. **Objectivo:** Este estudo teve como objectivos analisar o impacto da formação de AAD no desempenho da transferência de idosos internados na Residência São João de Ávila (RSJA) e identificar as percepções dos AAD relativamente à importância da formação profissional, formação em transferências e dificuldade sentida na sua realização. **Métodos:** Realizou-se um estudo com duas etapas: na primeira procedeu-se a um estudo descritivo exploratório (através de um questionário auto-administrado a 25 AAD); na segunda realizou-se um estudo quase experimental de observação com duas fases, entre as quais decorreu uma “Formação em Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física” (observação directa de 18 AAD durante a realização da transferência “deitado-sentado-cadeira” de idosos, através de uma grelha de observação). **Resultados:** O desempenho dos AAD na transferência melhorou após a formação. Os ajudantes manifestaram ter uma percepção positiva sobre a importância da formação profissional e da formação em transferências. Aproximadamente dois terços dos AAD revelaram não sentir dificuldades na realização de transferências. **Conclusões:** A formação teve um impacto positivo no desempenho dos AAD na transferência de idosos. Concluiu-se que há uma sensibilização generalizada por parte dos AAD para a importância da formação na sua profissão e, especificamente, para a formação em transferências.

ABSTRACT

The transfers of dependent patients by healthcare assistants are tasks commonly used in elderly care. Therefore, it is crucial that healthcare assistants are trained to perform these tasks. However, training programs are rarely evaluated in terms of performance of these tasks. **Aim:** The aims of this study were 1) to determine the impact of healthcare assistant training in the transfers of the Residência São João de Ávila (RSJA) elderly patients; and 2) to analyze healthcare assistant's perceptions about their education, their specialized training on the transfer technique, and their difficulty in performing transfers. **Methods:** The study was divided in two parts: an exploratory and descriptive study (self-report questionnaire applied to 25 healthcare assistants); and a quasi-experimental observation study, which involved a "training session on basic concepts and principles of physical rehabilitation" (direct observation of 18 healthcare assistants during the "bed-sitting-chair" transfer, using an observation table). **Results:** Healthcare assistant performance of the "bed-sitting-chair" transfer improved after training. The healthcare assistants showed positive perceptions about their education and specialized training on the transfer technique. Approximately two thirds of the assistants felt no difficulties in performing transfer tasks. **Conclusions:** The training had a positive influence in healthcare assistant performance. The healthcare assistants were aware of the importance of training in their profession and more specifically in transfer tasks.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	3
1.2 ENVELHECIMENTO HUMANO	4
1.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E DEPENDÊNCIA	4
1.4 RESPOSTAS NA DEPENDÊNCIA: CUIDADOS FORMAIS E INFORMAIS	6
1.5 RECURSOS HUMANOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS FORMAIS A IDOSOS – AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	9
1.6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL	12
1.7 FORMAÇÃO DOS AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	13
1.7.1 Importância	13
1.7.2 Formação dos Ajudantes de Acção Directa – o Contexto Português	14
1.8 PROMOÇÃO DE AUTONOMIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IDOSOS E MOBILIDADE	16
1.9 TAREFA DE TRANSFERÊNCIAS	18
1.9.1 Transferências e o profissional	20
1.9.2 Transferências e o indivíduo cuidado	24
1.9.3 Programas de formação em transferências	25
2. OBJECTIVO GERAL DO ESTUDO	29
2.1 Objectivos específicos do estudo	29
3. MÉTODOS	30
3.1 Tipo de estudo	30
3.2 Universo populacional	30
3.3 População em estudo	30
3.4 Amostra	31
3.4.1 Critérios de selecção da amostra	31
3.5 Variáveis	31
3.6 Métodos de recolha de dados e instrumentos de avaliação	32
3.6.1 Estudo exploratório	32
3.6.2 Estudo de observação	32
3.7 Procedimentos	36
3.7.1 Estudo exploratório	36
3.7.2 Estudo de observação	36
3.8 Formação em Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física	37
3.9 Método de análise de dados	38

3.10 Aprovação Ética _____	39
4. RESULTADOS _____	40
4.1 Estudo exploratório _____	40
4.1.1 Caracterização dos ajudantes de AD _____	40
4.1.2 Percepção dos ajudantes de AD sobre formação profissional _____	42
4.1.3 Percepção sobre formação e tempo de serviço na RSJA como ajudantes de AD _____	44
4.1.4 Percepção sobre formação e formação profissional anterior dos ajudantes de AD _____	45
4.2 Estudo de observação _____	45
4.2.1 Caracterização dos ajudantes de AD _____	47
4.2.2 Caracterização dos idosos _____	47
4.2.3 Dependência dos idosos _____	48
4.2.4 Dependência dos idosos e transferências _____	49
4.2.5 Transferências “deitado-sentado-cadeira” pré e pós-formação _____	51
4.2.5.1 Etapa “sentar na cama” _____	52
4.2.5.2 Etapa “transferência cama-cadeira” _____	53
4.2.5.3 Etapa “componentes extra-técnicas” _____	54
5. DISCUSSÃO _____	55
6. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES _____	69
7. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS _____	71
8. BIBLIOGRAFIA _____	73
 APÊNDICE I _____	 80
APÊNDICE II _____	82
APÊNDICE III _____	85
APÊNDICE IV _____	88
APÊNDICE V _____	90
APÊNDICE VI _____	92
APÊNDICE VII _____	94
APÊNDICE VIII _____	96
APÊNDICE IX _____	98
APÊNDICE X _____	100
APÊNDICE XI _____	102

ÍNDICE DE FIGURAS, FLUXOGRAMAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1.	Instrumento de observação: grelha de observação de transferências _____	34
Fluxograma 1.	Procedimentos de recolha de dados _____	38
Tabela 1.	Número de transferências observadas na 1ª fase _____	46
Tabela 2.	Número de transferências observadas na 2ª fase _____	46
Quadro 1.	Escalões etários e género dos ajudantes de acção directa _____	40
Quadro 2.	Vinculação dos ajudantes de acção directa _____	40
Quadro 3.	Habilitações literárias dos ajudantes de acção directa _____	41
Quadro 4.	Tempo de serviço como ajudantes de acção directa na RSJA e no total (RSJA e outras Instituições) _____	41
Quadro 5.	Formação profissional anterior dos ajudantes de acção directa _	42
Quadro 6.	Formação profissional inicial/contínua dos ajudantes de acção directa _____	42
Quadro 7.	Percepção dos ajudantes de acção directa sobre formação profissional _____	42
Quadro 8.	Justificação dos ajudantes de acção directa acerca da necessidade de formação profissional _____	43
Quadro 9.	Justificação dos ajudantes de acção directa acerca da necessidade de formação em transferências _____	43
Quadro 10.	Justificação dos ajudantes de lar acerca da dificuldade na realização de transferências _____	44
Quadro 11.	Dificuldade na realização de transferências e tempo de serviço como ajudante, valor p – teste de Mann-Whitney _____	44
Quadro 12.	Dificuldade na realização de transferências e formação profissional anterior, valor p – teste exacto de Fisher _____	45
Quadro 13.	Escalões etários e género dos idosos transferidos _____	47
Quadro 14.	Classificação das patologias dos idosos por órgão/sistema – Classificação Internacional de Cuidados Primários, ICPC 1999 _	48
Quadro 15.	Nível de dependência dos idosos – pontuação no Índice de Barthel _____	48
Quadro 16.	Nível de dependência dos idosos – pontuação no item transferência cama-cadeira do Índice de Barthel _____	49

Quadro 17.	Nível de dependência dos idosos – pontuações no Índice de Barthel antes da formação _____	49
Quadro 18.	Nível de dependência dos idosos – pontuações no item transferência do Índice de Barthel antes da formação _____	49
Quadro 19.	Nível de dependência dos idosos – pontuações no Índice de Barthel depois da formação _____	50
Quadro 20.	Nível de dependência dos idosos – pontuações no item transferência do Índice de Barthel depois da formação _____	50
Quadro 21.	Pontuações médias no Índice de Barthel e item transferência cama-cadeira dos idosos transferidos antes e após formação, teste de Mann-Whitney e <i>valor p</i> _____	51
Quadro 22.	Pontuações médias das transferências realizadas pelos ajudantes antes e após formação, valor do teste de Mann-Whitney e <i>valor p</i> _____	52
Quadro 23.	Número de observações referentes à etapa “sentar na cama” das transferências realizadas antes e após formação _____	52
Quadro 24.	Número de observações referentes à etapa “transferência cama-cadeira” das transferências realizadas antes e após formação _____	53
Quadro 25.	Número de observações referentes à etapa “componentes extra-técnicas” das transferências realizadas antes e após formação _____	54

ABREVIATURAS

AD – Acção Directa

AAD – Ajudantes de Acção Directa

Aj. – Ajudante

AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária

ANQ – Agência Nacional para a Qualificação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividades da Vida Diária

CR – Cadeira de rodas

DINO – *Direct Nurse Observation instrument for assessment of work technique during patient transfers*

Cint. – Cintura

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EUA – Estados Unidos da América

FORHUM – Programas de capacitação/formação de recursos humanos

ICPC – Classificação Internacional de Cuidados Primários

IDS – Instituto para o Desenvolvimento Social

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISJD – Instituto São João de Deus

LMELT – Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho

MI's – Membros inferiores

MSST – Ministério da Segurança Social e do Trabalho

MTSS - Ministério do Trabalho e da Segurança Social

N/A – Não se aplica

NIOSH – *The National Institute for Occupational Safety and Health*

ONG – Organização Não Governamental

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSJA – Residência São João de Ávila

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UC – Unidade de Convalescença

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico, condicionado pelo aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos) no total da população, corresponde a um dos grandes desafios que a sociedade portuguesa enfrenta e para os quais se têm que encontrar respostas, de modo a garantir uma sociedade inclusiva para todos (Carrilho & Patrício, 2005). Embora ser mais velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005). A dependência funcional, sendo consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/restricção da actividade, constitui uma desvantagem social/restricção da participação, que leva à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas actividades (Botelho, 2000). Apesar das várias soluções de apoio existentes no que diz respeito às reservas de solidariedade social e vizinhança, lares, centros de dia ou apoio domiciliário, parece não haver ainda uma resposta suficiente nem adequada à dimensão e exigência das necessidades de apoio aos idosos (Fernandes, 2001). Em Portugal encontra-se em situação de expansão a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo os “cuidados continuados” uma resposta de qualidade às novas solicitações resultantes da evolução demográfica recente (Sousa, 2011).

Os cuidados a idosos devem decorrer de uma formação que acompanhe a realidade actual, incorporando as mudanças sociais e preparando os profissionais a cuidar de idosos em diferentes contextos, potenciando sempre as capacidades remanescentes e promovendo a interacção entre o idoso e o meio (Costa, 2005). Representando um dos principais componentes da força de trabalho junto dos idosos, os ajudantes de acção directa desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados. Estes são habitualmente profissionais com baixo nível académico e de formação, mas que desempenham várias tarefas na prestação de cuidados, estando as tarefas de transferência e posicionamento dos indivíduos entre as mais realizadas (Alamgir, Cvitkovich, Yu, & Yassi, 2007). Segundo Glaister e Blair (2008), os próprios ajudantes de acção directa que prestam cuidados a idosos relatam muitas vezes que sentem necessidade de mais formação e experiência.

Considera-se assim que a aprendizagem na área dos cuidados se torna fundamental pois promove a segurança do idoso assim como contribui para a segurança do cuidador no desenvolvimento da sua actividade (Abric & Dotte, 2002),

nomeadamente no que diz respeito à prevenção de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho.

Desde modo, julga-se interessante e pertinente analisar as percepções dos ajudantes de acção directa acerca da sua formação profissional e avaliar o impacto da formação destes ajudantes no desempenho da tarefa de mobilização de idosos internados em unidades de prestação de cuidados.

Coloca-se assim como pergunta de partida para este estudo a seguinte questão:

Qual a relação entre a formação de ajudantes de acção directa e o seu desempenho na tarefa de mobilização de idosos dependentes internados em unidades de prestação de cuidados?

1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento da população é uma realidade na generalidade dos países desenvolvidos e apresenta-se como um desafio social e económico da maior importância para os Estados-Membros da União Europeia. Actualmente, verifica-se um contexto de diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança de vida ou da longevidade dos cidadãos. A conjugação destes dois factores ao nível dos países desenvolvidos fará com que a sociedade do futuro seja cada vez mais envelhecida (Ministério do Trabalho e da Segurança Social [MTSS], 2009). É na diminuição da mortalidade e sobretudo no modelo de mortalidade por idades que se encontra a causa explicativa do envelhecimento no topo da pirâmide por idades. De facto, os ganhos alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas (Carrilho & Patrício, 2005).

Estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050 e que, entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos praticamente duplicará (de 16,9% da população para 31,9%) enquanto a população jovem reduzir-se-á a 13,0% jovens (Carrilho & Patrício, 2005). Em 2050, Portugal será o 4º país dos 25 da UE com maior percentagem de idosos (European Commission, 1999). Agrava-se assim o processo de envelhecimento da população portuguesa bem expresso no índice de envelhecimento de 231 idosos por cada 100 jovens (Carrilho & Patrício, 2005).

Atendendo a estas projecções populacionais, à recente evolução da mortalidade no país e aos dados das prevalências de doenças crónicas, de evolução prolongada e incapacitante nos próximos anos (Carrilho & Patrício, 2005), esta nova ordem social comporta inevitavelmente uma série de implicações cuja extensão e intensidade se vai apreendendo aos poucos. O alargamento do tempo de vida corresponde a um aumento do risco de adoecer e da necessidade de recorrer aos serviços de saúde, também porque a saúde é um importante recurso adaptativo para os idosos, independentemente da sua origem social, cultural e económica, ganhando um papel cada vez mais relevante à medida que a idade avança (Paúl & Fonseca, 2005).

1.2 ENVELHECIMENTO HUMANO

O funcionamento do organismo humano é mantido por mecanismos comuns a todos os processos biológicos que, com a longevidade, estão sujeitos a entrar em falência (Lithgow & Kirkwood, 1996 cit. por Botelho, 2000). Ocorre deterioração estrutural e funcional em vários órgãos e tecidos assim como diminuição da capacidade de resposta ao *stress* imposto pelo meio ambiente (Andres, 1969 cit. por Botelho, 2000). Em cada indivíduo, o processo de envelhecimento deriva da combinação entre factores intrínsecos, ou genéticos, e factores extrínsecos, ou ambientais, a que seja exposto (Kirkwood, 1996 cit. por Botelho, 2000). A variedade de interacções entre esses factores explica a diversidade do envelhecimento humano (Maddox, 1987 cit. por Botelho, 2000). Durante o envelhecimento, com o conjunto de alterações biopsicossociais que ocorrem, verifica-se uma maior fragilidade para a doença e diminuição da capacidade de resposta às solicitações criadas pelo meio em que o idoso está inserido. Este conjunto de alterações pode levar à perda de autonomia (Mendonça, Martinez, & Rodrigues, 2000).

1.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E DEPENDÊNCIA

O conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas condições patológicas (Botelho, 2000). A capacidade funcional corresponde assim à capacidade do indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive (Fillenbaum, 1986, cit. por Botelho, 2005). Deve ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência nesse desempenho, o que, em termos dicotómicos, se pode manifestar como independência (quando há total independência ou apenas utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou dependência (quando há necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade) (Botelho, 2005). A dependência funcional sendo consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/restricção da actividade, constitui uma desvantagem social/restricção da participação, que leva à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas actividades (Botelho, 2000). A capacidade funcional pode ser avaliada por vários métodos, entre os quais testes directos de função física (Kuriansky & Gurland, 1977; Rozzini et al., 1993; Guralnik et al., 1995 cit. por Botelho, 2000) ou por meio de entrevista à pessoa visada ou a um terceiro que lhe

seja próximo (Reuben et al., 1995; Kempem et al., 1996 cit. por Botelho, 2000). Num contexto de uma avaliação multidimensional é geralmente aplicado um inquérito, com perguntas que podem incidir sobre actividades de complexidade variável, desde tarefas consideradas básicas (como as relacionadas com a capacidade locomotora ou com os cuidados pessoais) a actividades instrumentais, cuja prática é necessária para que o indivíduo possa viver de um modo independente na comunidade (Katz, 1983; Katz & Stroud, 1989 cit. por Botelho, 2000).

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros (União Europeia [UE], 1998) relativa à dependência, define-a como “um estado em que se encontram as pessoas que têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades da Vida Diária”. Ao conjunto de actividades de autocuidado que englobam habitualmente tarefas como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer, dá-se o nome de Actividades da Vida Diária (AVD) (Botelho, 2005). Uma escala desenvolvida por Katz (1963, cit. por Botelho, 2000) é uma das mais antigas escalas de autonomia física e que inclui as seis tarefas mencionadas. Outras escalas incluem ainda a capacidade de locomoção ou de apresentação global e asseio do indivíduo (Mahoney & Barthel, 1965; Lawton & Brody, 1969 cit. por Botelho, 2000) ou a discriminação de subcomponentes das tarefas (Schoening et al., 1965; Harvey & Jellinek, 1981 cit. por Botelho, 2000). As actividades de integração dos indivíduos no meio ambiente, como utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e algumas tarefas domésticas, têm a designação de Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (Botelho, 2005).

Roper, Logan e Tierney (2001) preconizaram doze AVD ou necessidades humanas básicas, sendo uma das quais “mobilizar-se”. Foi considerada uma necessidade humana valorizada, pois implica o movimento imprescindível para realizar as restantes actividades. Quando se encontra afectada, pode provocar um efeito danificador a vários níveis.

A incapacidade para realizar as AVD implica uma perda de independência, aumentando o risco da necessidade de cuidados hospitalares e cuidados domiciliários (Phelanm, Williams, Penninx, Lo Gerfo, & Leveille, 2004).

Não existe apenas um único grau de dependência, podendo este variar conforme a pessoa necessite de pouco, muito ou todo o apoio de outrem para os vários tipos de AVD (Wall, José, & Correia, 2002). Empiricamente, Wall e colaboradores (2002) classificaram a dependência de idosos de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada. Para estes autores, os indivíduos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão no que respeita à

mobilidade e à realização das AVD. Os idosos com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também de apoio de terceira pessoa para desempenho de algumas actividades diárias. Por último, os idosos com elevada dependência requerem apoio extensivo e intensivo, o que quer dizer que não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas básicas: são pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade.

É importante lembrar que as situações de dependência não são exclusivas de um determinado grupo etário, existindo pessoas dependentes de todas as idades. Contudo, a maior prevalência observa-se claramente na população idosa. Enquanto nas faixas etárias mais jovens, a dependência aparece na maioria dos casos associada a situações de deficiência congénita ou adquirida, no caso dos idosos, a dependência, para além da que resulta das situações anteriormente descritas, é também muitas vezes uma consequência do processo gradual de envelhecimento humano (MTSS, 2009). Efectivamente, a dependência é sempre relativa, uma vez que o ser humano, ao longo da sua vida, vive mais na interdependência do que na independência (Bond, 1993).

A prestação de cuidados ganha assim uma importância fundamental, nomeadamente porque a enorme heterogeneidade verificada entre os idosos suscita a necessidade de se analisar a adequação dos tipos de cuidados mais comuns, formais e informais, praticados junto da população idosa e capazes de satisfazer as exigências também elas cada vez mais diversificadas (Paúl & Fonseca, 2005).

1.4 AS RESPOSTAS NA DEPENDÊNCIA: CUIDADOS FORMAIS E INFORMAIS

Como já foi referido, com o aumento progressivo da população idosa, a exigência real e potencial de cuidados a longo prazo não pára de crescer. Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005). Apesar de alguns estudos (Barberger-Gateau & Peres, 2001 cit. por Gil, 2007) terem permitido chegar a resultados “mais optimistas” no que diz respeito à evolução da saúde das populações, isto não significa que as idades mais avançadas fiquem imunes à incapacidade, o que constituirá um novo risco social.

Actualmente, em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência: as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos ou amigos e as redes formais de protecção social, onde

se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie (Sousa, 2006).

Com o aumento do número de idosos e as alterações das estruturas familiares, o apoio formal aos idosos converteu-se num assunto social e inesperado. As transformações que se têm vindo a verificar nos cuidados formais e informais são inseparáveis, isto é, a diminuição ou indisponibilidade de potenciais cuidadores familiares repercute-se na expansão dos serviços formais (Sousa, 2006). A designação de cuidador(es) formal(ais) designa um ou mais profissionais contratados com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados. A pessoa que presta cuidados a outra fá-lo numa base contratual, isto é, a “relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções” (Instituto para o Desenvolvimento Social [IDS], 2002).

Quando falamos de idosos, os serviços de apoio existentes são os centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares, sendo os hospitais e outros serviços de saúde também vistos como recurso comunitário para esta faixa etária da população. Em Portugal, desde os anos 60, tem-se assistido a um gradual aumento dos cuidados comunitários embora os serviços aos idosos sejam ainda escassos, sem tradição, desenvolvidos por instituições com pouca experiência e desempenhados por técnicos sem formação específica em geriatria/gerontologia. Foi constatado que as estruturas residenciais para idosos se encontram ainda a meio caminho entre a estrutura asilar e a verdadeira estrutura residencial (Paquete, Silva, Botelho, & Fernandes, 2011). Segundo Paquete, Silva, Botelho e Fernandes (2011), existem ainda poucos estudos que ajudem a suportar alguns dos factores ambientais que uma estrutura residencial deve ter no sentido de dar maior bem-estar aos seus residentes, nomeadamente em situações de demência. A ampliação dos apoios formais tem sido dificultada pelo preconceito que ainda persiste em relação às instituições para idosos, sendo este tipo de apoio encarado como demonstração de desinteresse ou mesmo abandono pelos seus familiares. No entanto, cada vez mais é reconhecido que este tipo de serviços é indispensável para o apoio aos idosos e, igualmente, às suas famílias (Sousa, 2006). A decisão de recorrer aos apoios formais pode ter motivações diferentes. Por norma, os cuidados aos idosos começam por ser assumidos por familiares (ou outros elementos da rede informal), sendo os cuidados formais solicitados quando os informais deixam de conseguir dar resposta. Em Portugal, no grupo alvo da população idosa, o “Lar de Idosos” é a resposta com maior incidência de dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50%), seguindo-se o Serviço de Apoio Domiciliário (MTSS, 2009).

Apesar do aumento na oferta de equipamentos e serviços – lares, centros de dia, apoio domiciliário – a procura continua a exceder a oferta (Wall et al., 2002). No que diz respeito à melhoria da qualidade dos serviços, a inspecção sistemática efectuada aos equipamentos e serviços – especialmente aos lares, depois de terem surgido alguns relatórios pouco favoráveis no que respeita à qualidade dos serviços prestados por estes estabelecimentos, têm produzido uma consequente melhoria dos níveis de qualidade. Contudo, há ainda grandes lacunas neste domínio, principalmente ao nível da formação e certificação dos recursos humanos (Wall et al., 2002).

Em Portugal, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que continua em expansão. Esta tem um enquadramento legal no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. De acordo com este Decreto, os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de Segurança Social e assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva e compreendem: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis. A prestação de cuidados nas unidades e equipas desta Rede, é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar. Os “cuidados continuados” constituem assim uma resposta de qualidade às novas solicitações resultantes da evolução demográfica recente (Sousa, 2011). No entanto, a implementação bem sucedida das políticas de cuidados só acontecerá quando se alcançar uma situação de estreita articulação entre a área social e a área da saúde (Firth, 2005 cit. por Sousa, 2011).

1.5 RECURSOS HUMANOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS FORMAIS A IDOSOS – AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, existe uma «preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrados no âmbito de uma actividade profissional, na qual se incluem as actividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias» (Sequeira, 2007 cit. por Sousa, 2011).

Um factor-chave, embora não seja único, que contribui potencialmente para a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos mais velhos, é a preparação eficaz da força de trabalho, ou seja, a garantia que a equipa de cuidados tem os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar os seus papéis com competência e sensibilidade. Neste domínio, os ajudantes de acção directa (AAD) representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados e tendo um potencial impacto sobre a qualidade dos serviços prestados (Fitzpatrick & Roberts, 2004).

Segundo Lerner, Resnick, Galik e Russ (2010), cerca 90% dos cuidados a idosos em lares dos Estados Unidos da América (EUA) são prestados por ajudantes de acção directa, apesar de constituírem o grupo profissional que têm menos habilitações. Estes ajudantes prestam a maioria dos cuidados pessoais aos idosos (nomeadamente nas AVD como tomar banho, vestir, higiene, mobilidade e comer), sendo os profissionais que passam mais tempo com estes indivíduos e que estabelecem o contacto mais directo com os residentes destas instituições (Glaister & Blair, 2008; Lerner et al., 2010). Smith, Kerse e Parsons (2005) referem também que, nas residências geriátricas, os idosos são principalmente cuidados por ajudantes, dos quais menos de 25% têm qualificações profissionais, confirmando que a maioria destes profissionais é não treinada, exercem a actividade sem obrigação imposta por registo ou inscrição, sem um código de ética profissional e sem códigos de prática profissional legislados. Estes autores relatam ainda que a maioria dos ajudantes aprende a cuidar dos idosos “on the job” e a desenvolver as suas habilidades e conhecimentos a partir da experiência e da observação dos pares.

Em Portugal, é possível perceber uma panóplia de designações para estes cuidadores formais, legitimada por legislação oficial: auxiliares de apoio a idosos, ajudantes familiares domiciliários, ajudantes de ocupação, ajudantes de lar e centro de dia, ajudantes de internamento e muitas outras (Jacob, 2003; Sousa, 2011). Contudo,

em comum a qualquer uma destas designações, está uma realidade profissional que define estes cuidadores formais como trabalhadores auxiliares de apoio a idosos que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (World Health Organization [WHO], 2004).

De acordo com o Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a complexidade das tarefas e funções desempenhadas pelos profissionais inseridos nas carreiras de ajudante de lar e centro de dia (entre outros), bem como os requisitos habilitacionais que devem ser exigidos a profissionais que desenvolvem a sua actividade em contacto directo com os utentes de estabelecimentos de apoio social, conduziram à necessidade de rever a estruturação destas carreiras. Assim, foram criadas nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, as carreiras Ajudante de Acção Directa, sendo definido que a estas compete trabalhar directamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que, de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte de tarefas, como: tarefas relacionadas com a alimentação, tendo em atenção vários factores, como a mobilidade e o cansaço; prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais; acompanhamento diurno e nocturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detectando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres. As tarefas relacionadas com gestão da roupa e artigos dos utentes ou manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer, entre outras, fazem também parte das suas funções.

De acordo com este Decreto, o recrutamento para o ingresso nestas carreiras reestruturadas, faz-se entre indivíduos habilitados com o 9º ano de escolaridade ou equivalente e aprovados em estágio. No entanto, é permitido o acesso na respectiva carreira, independentemente da posse das habilitações legalmente exigidas, ao pessoal actualmente já integrado nas mesmas. A progressão nas categorias faz-se por mudança de escalão e depende da permanência, no escalão imediatamente anterior, de três anos classificados, no mínimo, de Regular.

Num contexto no qual é previsível a procura cada vez maior de serviços e cuidados especializados, verifica-se um quadro de instabilidade profissional dos ajudantes de acção directa, associada a um decréscimo numérico (relativamente ao crescimento do número de idosos) e uma grande rotatividade desta força de trabalho,

maioritariamente constituída por mulheres com idades entre os 25 e 50 anos (Stone, 2007 cit. por Sousa, 2011). Esta actividade, em muitas instituições, é assegurada por um quadro de pessoal constituído por funcionários pouco escolarizados, mal remunerados e que desempenham tarefas sem qualquer formação específica, numa profissão que é socialmente desvalorizada. Alguns destes profissionais não possuem vocação para esta actividade, trabalhando em condições deficientes, caracterizadas por uma insuficiência de recursos para satisfazer as necessidades dos idosos, por um trabalho pesado, pela quase ausência de benefícios e regalias, associadas a elevadas responsabilidades. Nos contextos institucionais, estes profissionais cuidam de uma população idosa muitas vezes numerosa para o número de funcionários de que se dispõem. Todos estes factores acabam por afectar a qualidade do seu desempenho, uma vez que a desmotivação tem como consequências comportamentos e atitudes dos quais os sujeitos não estão conscientes, mas que afectam negativamente a vida dos idosos e a qualidade dos cuidados que lhes são prestados (Sousa, 2011). De acordo com Sengupta, Kojetin e Ejaz (2010) a insatisfação no trabalho, relacionada com os baixos salários, os fracos incentivos, a exigência física e emocional que caracteriza o trabalho dos ajudantes e, ainda, uma formação inadequada, representam a maior causa de rotatividade dentro classe. Para Bonner (2008), o abandono dos postos de trabalho por parte dos ajudantes de acção directa encontra-se relacionado com dois factores principais: a fraca orientação do seu trabalho e a falta de formação.

Em Portugal, Jacob (2003) confirma que o pessoal não técnico inicia muitas vezes a sua actividade profissional sem que tenha frequentado qualquer acção de preparação específica que o habilite para trabalhar com idosos. O mesmo se verifica quanto à formação contínua que, geralmente, não tem uma periodicidade regular. É no entanto reconhecida pelos superiores a necessidade de treino e formação nesta classe profissional, de modo a ir ao encontro das necessidades dos idosos institucionalizados (Lerner et al., 2010). Nos EUA, para um ajudante de acção directa se tornar qualificado para o trabalho, o Governo Federal exige 75 horas de formação inicial com base nas directrizes estabelecidas e aprovadas pelo Estado (Sengupta et al., 2010).

Para Maas, Specht, Buckwalter, Gittler e Bechen (2008), ao olhar para literatura e estudos que suportam a necessidade de recursos humanos especializados em gerontologia e considerando a quantidade e a qualidade esperada de cuidados que os idosos devem legitimamente receber, é necessário que sejam estabelecidas normas nas instituições no que se refere a diferentes vertentes como a remuneração e

a formação nesta área, nomeadamente para o pessoal auxiliar. Impõe-se a necessidade de controlo no recrutamento e selecção dos ajudantes que prestam cuidados a idosos, assim como um investimento na sua educação, formação e reconhecimento da importância do papel destes profissionais, motivando e mantendo pessoal competente (Fitzpatrick & Roberts, 2004). Segundo Fitzpatrick e Roberts (2004), as instituições devem valorizar o desenvolvimento profissional contínuo dos seus recursos humanos, fomentando a sua educação e formação.

Cada vez mais com o objectivo de se cumprir metas de qualidade, nomeadamente no que diz respeito a educação, formação e supervisão do pessoal que presta cuidados – e representado os ajudantes um dos principais componentes deste trabalho – torna-se assim fundamental a preparação e apoio destes profissionais para o desempenho de um papel eficaz na prestação de cuidados (Fitzpatrick & Roberts, 2004).

1.6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação profissional, nas suas diversas modalidades, poderá ser entendida como o conjunto de actividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um indivíduo para o exercício das funções próprias de uma profissão (Sousa, 2011).

A formação profissional constitui um instrumento estratégico de gestão para qualquer organização, uma vez que condiciona o desempenho dos indivíduos, existindo uma relação directa entre a formação profissional e o desempenho profissional. A formação profissional na área da prestação de cuidados traz inúmeras vantagens, nomeadamente na melhoria ao nível do desempenho, aumento da produtividade, melhoria da motivação e participação, facilitação da comunicação interna, contribuição para a resolução imediata de problemas do quotidiano, entre outras. A formação e a educação influenciam positivamente o bem-estar psicológico dos cuidadores formais e dos idosos, assim como a qualidade dos cuidados prestados, devendo ser relevante e responder às necessidades concretas e percebidas pelos prestadores e utentes (Sousa, 2011).

Davies e colegas (1999, cit. por Sousa, 2011), reconhecem a escassez de instrumentos que permitam uma verdadeira e eficaz mensuração e avaliação do impacto produzido pela formação na prática profissional dos cuidadores e consideram que a formação produz melhoramento nos planos de cuidados, desenvolvimento de competências, crescimento pessoal e profissional. Num estudo de Coffey (2004), a introdução de formação foi positivamente percebida por uma amostra de

cuidadores formais, tendo sido considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados prestados a idosos.

1.7 FORMAÇÃO DOS AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA

1.7.1 Importância

Os ajudantes de acção directa que cuidam de pessoas mais velhas requerem uma gama de conhecimentos e competências com base em princípios centrados no indivíduo e na sua família, de promoção da autonomia, dignidade e respeito, através da utilização de competências comunicacionais eficazes e uma atitude positiva e competente para com os idosos (Fitzpatrick & Roberts, 2004).

Segundo os autores Glaister e Blair (2008), os ajudantes de acção directa, na maioria dos casos, encontram-se mal preparados para o atendimento aos idosos, que se encontram numa fase da vida em que enfrentam grandes desafios. A formação destes profissionais não acompanhou o ritmo das mudanças nas necessidades de cuidados a residentes em unidades de longa duração. Num levantamento recente sobre este tema, estes autores constataram que os ajudantes que prestam cuidados a idosos residentes em lares, apresentaram conhecimentos insuficientes acerca do que constitui um envelhecimento considerado “normal”, reforçando que esse conhecimento é fundamental para a distinção entre o “normal” e patológico nos idosos, uma vez que tem implicações para a sua capacidade em prestar um acompanhamento e cuidados eficazes aos residentes.

De facto, a formação em ordem à profissionalização e ao reconhecimento desta categoria profissional encontra-se ainda condicionada por factores que são, de resto, comuns a outras áreas profissionais, tais como: a escassez ou a ausência de oferta formativa direccionada para esta categoria; a ausência ou insuficiência de um quadro técnico nas instituições, capaz de assegurar a concepção e execução de planos de formação interna para os funcionários; o reduzido número de efectivos face ao volume de trabalho, o que impede as entidades empregadoras de dispensar funcionários para a frequência de formação em horário laboral; a fraca motivação dos funcionários para a frequência de formação em horário pós-laboral (uma vez que exige um esforço no qual não vêem contrapartidas concretas); a fraca sensibilidade dos órgãos de gestão e direcções relativamente à importância da formação; a formação vista como despesa e perda de tempo e, ainda, a carência de programas e de formadores com preparação técnico-pedagógica nesta área (Cardim, 1990 cit. por Sousa, 2011). Segundo Potter, Churila e Smith (2006), o fraco investimento que tem

sido feito neste grupo profissional traz custos incalculáveis para as organizações e para a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se em despesas acrescidas nos processos de recrutamento e preparação frequente de novos trabalhadores, má participação e adequação no sistema de cuidados a idosos, afectando o bem-estar e qualidade de vida dos mesmos.

Glaister e Blair (2008) referem que os ajudantes de acção directa que prestam cuidados a idosos relatam muitas vezes que sentem necessidade de mais formação e experiência, em particular no que diz respeito à interacção com idosos com demência, depressão e agressividade. Num estudo de Lerner e colaboradoras (2010), os ajudantes de lares de idosos que frequentaram um programa avançado de formação, manifestaram interesse em participar em iniciativas semelhantes, com o objectivo de melhorarem a sua prestação de cuidados. Smith et al. (2005) concluíram também, na sua investigação, que a qualidade dos cuidados prestados pode ser melhorada após a implementação de programas de educação para os seus ajudantes de acção directa. Por seu lado, os próprios ajudantes que não se encontram adequadamente treinados, sentem-se oprimidos e inseguros sobre os cuidados que estão a prestar, havendo também um reconhecimento por parte dos residentes da sua falta de fiabilidade (Lerner et al., 2010).

1.7.2 Formação dos Ajudantes de Acção Directa – o Contexto Português

Em Portugal, de acordo com o artigo 130º da revisão do Código do Trabalho, Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro, referente à formação profissional, dois dos seus objectivos são proporcionar a qualificação inicial a jovens que ingressem no mercado de trabalho sem essa qualificação e assegurar a formação contínua dos trabalhadores. Está estipulado que o empregador deve integrar, anualmente, 10% dos seus recursos humanos com contracto sem termo em acções de formação, tendo o trabalhador direito, em cada ano, a um número mínimo de trinta e cinco horas de formação contínua certificada.

Como já foi referido, no nosso país é exigida legalmente a escolaridade mínima obrigatória (9º ano) para o exercício da função de ajudante de acção directa. De acordo com Santos (2001), calcula-se que uma baixa percentagem dos ajudantes tenha algum tipo de formação profissional. Esta formação tem sido desenvolvida principalmente nos últimos anos, permitindo a realização de acções de formação iniciais e para activos, de duração e conteúdos variáveis. Este autor refere ainda que

existe uma significativa oferta de formação nesta área, embora dispersa e desarticulada entre si.

A formação de ajudantes é ministrada em Escolas Profissionais, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Empresas de Formação Profissional e outras entidades particulares e no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) (Jacob, 2003). Actualmente, o IEFP é uma das entidades que disponibiliza formação, enquadrada na área de Trabalho Social e Orientação, na qual consideram como saída profissional “Agente em Geriatria” ou “Assistentes Familiares e de Apoio à Comunidade”, de acordo com o Catálogo Nacional das Qualificações de 2008 (Agência Nacional para a Qualificação [ANQ], 2008), correspondendo este ao perfil profissional que mais reflecte o papel dos ajudantes de acção directa. O referido Catálogo (ANQ, 2008) pretende constituir, por sua vez, uma ferramenta de regulação da oferta formativa, apontando perfis e referenciais de formação-educação para cada actividade correspondente a profissão ou carreira técnica não superior.

Os cursos ministrados e/ou orientados pelo IEFP caracterizam-se por uma duração mínima de 500 horas, com forte cariz prático. Os cursos ministrados nas Escolas Profissionais caracterizam-se por ter a duração de 3 anos, conferirem o 12º ano, por terem uma grande variedade de denominações, serem generalistas e por apostarem na componente científica e da animação em detrimento de conteúdos mais práticos, tais como posicionamentos ou cuidados de higiene. Nestes casos, as entidades definem principalmente como perfil profissional “animadores socioculturais/assistentes de geriatria” (Jacob, 2003).

De acordo com os Ministérios da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social, no despacho conjunto nº 259/97 de 8 de Agosto, o Artigo 4º prenuncia-se sobre a candidatura das entidades promotoras e executoras de projectos para formação. Estas entidades podem ser:

- Serviços de organismos dependentes ou tutelados pelo Ministério da Saúde ou pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social.
- IPSS no âmbito da saúde e da segurança social e outras Organizações Não Governamentais (ONG) sem fins lucrativos.

Os processos de candidatura destas entidades promotoras eram remetidos anualmente à comissão de gestão do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), com o objectivo de se iniciarem programas de capacitação/formação de recursos humanos (FORHUM), destinados a todos os profissionais das áreas da saúde e acção social que trabalhassem directamente com idosos e cuidadores informais (Sampaio et al., 2005). No Relatório de Actividades do PAII relativo ao ano de 2002 (Sampaio et al., 2005), no que se refere ao programa FORHUM, constatou-se que, independentemente

do género, à medida que as habilitações literárias aumentam, menor é o número de prestadores formais. Neste mesmo ano, os prestadores formais abrangidos pelo programa eram fundamentalmente do género feminino, entre os 30 e os 39 anos, com uma escolaridade básica. Contudo, na análise do impacto das acções de formação, todos os projectos foram unânimes em considerar que a frequência das acções de formação permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como a satisfação do pessoal no exercício das suas funções (Sampaio et al., 2005). No ano de 2005 (Bugalho et al., 2006), da totalidade dos cuidadores formais abrangidos pelo programa FORHUM, apenas 21,8% eram ajudantes de lar.

Segundo as autoras dos Relatórios do PAII, o conteúdo pedagógico destas formações era constituído pela abordagem de aspectos demográficos e socioeconómicos do envelhecimento, noções sobre o processo de envelhecimento, promoção e manutenção da saúde e/ou prevenção da doença, da incapacidade e da dependência, necessidades humanas básicas, apoio social e prestação de cuidados de saúde, promoção e manutenção da autonomia, problemas de saúde, apoio aos prestadores de cuidados e recursos na comunidade, entre outros.

De referir, no entanto, que a inexistência de Relatórios de Actividades do PAII desde 2006, leva a querer que este Programa se encontra actualmente inactivo.

1.8 PROMOÇÃO DE AUTONOMIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IDOSOS E MOBILIDADE

Cuidar das pessoas mais velhas como seres humanos com recursos e capacidades para gerir a sua própria vida, evita o risco de cuidados estereotipados e castradores da autonomia individual (Randers & Mattiasson, 2004). A promoção da autonomia dos idosos institucionalizados contribui para um aumento da actividade social na instituição e satisfação face à institucionalização (Barkay & Tabak, 2002). A prestação de cuidados nas instituições orientada para a promoção da autonomia depende da qualificação e profissionalização dos funcionários que trabalham com os idosos, bem como da remuneração adequada ao tipo de trabalho (Netto, 2002). De acordo com Knight (1994), os profissionais precisam de ser pró-activos política e socialmente em todas as dimensões da instituição, desde a segurança à estrutura administrativa, passando pela prestação de cuidados.

O idoso que se encontra numa instituição deve ainda ter oportunidade de expressar a sua individualidade, fazendo escolhas que visam a satisfação das suas necessidades específicas. O espaço físico deverá favorecer a acessibilidade e a ajuda prestada pelos profissionais deverá promover a autonomia, o auto-cuidado e a auto-

estima. Os idosos devem ter o direito de participar na definição dos actos de cuidados que lhes são prestados e não ser apenas objecto de actos realizados de forma rotineira, não individualizada, sem crítica, reflexão ou avaliação (Ministério da Segurança Social e do Trabalho [MSST], 2002). Deve ainda ser fomentada uma abordagem para evitar uma visão negativa acerca das perdas fisiológicas ligadas ao envelhecimento, tornando-se importante salientar que acreditar no potencial do idoso, investir nele e estabelecer uma “parceria” com o próprio, são elementos indicadores de uma abordagem global e humanista (Abric & Dotte, 2002).

Contudo, deve ser referido que, quando falamos em prestação de cuidados, a execução dos gestos não deverá ser improvisada nem perigosa, mas sim apoiada em princípios da ergomotricidade. A gerontologia e a geriatria são disciplinas vivas e dinâmicas e os cuidados a este nível não se improvisam. Apoiam-se em técnicas precisas e desenrolam-se num contexto de reciprocidade e de comunicação única entre a pessoa que cuida e o idoso. A aprendizagem na área dos cuidados torna-se fundamental pois promove a segurança do idoso assim como contribui para a segurança do cuidador no desenvolvimento da sua actividade (Abric & Dotte, 2002). A segurança do idoso torna-se assim parte integrante dos cuidados prestados e, associada a uma comunicação adequada, representa um forte contributo para o acto de cuidar (Abric & Dotte, 2002).

Mover-se é uma função essencial da vida e mesmo uma necessidade fundamental (Abric & Dotte, 2002). Petit Robert (cit. por Abric & Dotte, 2002), define mobilidade como a característica daquele que se pode mover ou ser movido, mudar de lugar ou posição. Para Potter e Perry (2006) a mobilidade é a capacidade de uma pessoa se movimentar livremente no seu ambiente, sendo uma das suas finalidades a realização das AVD. A capacidade para um indivíduo se mover corresponde a uma actividade muito importante da vida diária. Esta capacidade, aparentemente básica no dia-a-dia de um indivíduo, é determinante ou mesmo um pré-requisito da capacidade para se realizar outro tipo de AVD, como sejam o vestir ou a ida à casa de banho. Quando a mobilidade de um indivíduo se encontra alterada, este necessita de ajuda para que a sua posição seja alterada (Potter & Perry, 2006). A necessidade de ajuda para se mover pode torna-se bastante limitadora na vida de um indivíduo, implicando situações de dependência. Quando falamos em indivíduos mais velhos, que normalmente têm associadas diversas co-morbilidades, a incapacidade para se moverem pode revelar-se mesmo determinante para uma decisão de internamento

numa unidade de prestação de cuidados (Johnsson, 2005), sendo esta capacidade fundamental para o seu bem-estar e qualidade de vida (Hellstrom & Hallberg, 2001 cit. por Johnsson, 2005). A tarefa de assistir um indivíduo a mover-se ou a mudar de posição, pode ajudá-lo a readquirir a sua independência nesta actividade o mais rapidamente possível. Uma das maiores preocupações durante a tarefa de transferência de um indivíduo, é sua a segurança e a de quem o ajuda (Potter & Perry, 2006).

1.9 TAREFA DE TRANSFERÊNCIAS

A transferência de um indivíduo corresponde à mudança de posição numa superfície ou de uma superfície para outra (Johnsson, 2005). Ao procedimento que ajuda o indivíduo a alterar posições, seja, por exemplo, para ser posicionado no leito ou para ser transferido de uma superfície para outra, chama-se tarefa de transferência (Potter & Perry, 2006).

A realização de transferências são situações privilegiadas para treinar e reeducar a capacidade dos indivíduos para se moverem. Segundo Johnsson (2005), foi demonstrado que os fisioterapeutas e os enfermeiros têm visões diferentes desta tarefa de mobilização de indivíduos. Por norma, os fisioterapeutas vêem as transferências como uma via para reabilitar os indivíduos e, os enfermeiros, apenas como uma parte dos cuidados diários que são prestados ao doente.

Diferentes técnicas de transferências têm vindo a ser descritas. Para escolher uma técnica adequada, os profissionais deverão ter em consideração não apenas as suas próprias capacidades mas, também, a capacidade, necessidades e preferências do indivíduo que vai ser transferido (Johnsson, 2005). O cuidador deve estar familiarizado com os recursos do indivíduo e os seus limites na capacidade de movimento. Para poder explorar o potencial do paciente, deve haver uma boa interacção verbal e táctil de modo a estimular a capacidade de movimento do indivíduo (Tamminen-Peter, Moilanen, & Fagerström, 2010). Deverão também ser tidas em conta as condições e limitações do meio envolvente (Lagerström, Josephson, Pingel, Tjernström, & Hagberg, 1998), sendo necessário um planeamento e preparação de cada transferência que se realiza (Hess, Kincl, & Mandeville, 2007).

Diversos factores influenciam o desempenho neste tipo de tarefas. As condições do espaço físico e dos equipamentos, o tempo disponível para a tarefa, a disponibilidade de ajuda, as características do indivíduo a ser transferido (como o seu peso, mobilidade e participação), são alguns exemplos. As características do

profissional, nomeadamente a sua experiência e formação, representam outro factor importante a considerar (Holman, 2006).

Ao longo dos últimos anos têm vindo a surgir linhas orientadoras sobre a manipulação de indivíduos, sendo o '*Safe Lifting and Movement of Nursing Home Residents*' (Collins, Nelson, & Sublet, 2006), o '*The Illustrated Guide to Safe Patient Handling and Movement*' (Nelson, Motacki, & Menzel, 2009) e o '*Safe patient handling training for Schools of Nursing*' (Waters, Nelson, Hughes, & Menzel, 2009) alguns dos documentos mais recentemente publicados. No último documento referido (Waters et al., 2009), são apontados quatro princípios primários sobre a manipulação manual de indivíduos, sendo eles:

1. Manutenção de uma base de sustentação estável.
2. Regulação da altura da cama (isto é, ao nível da anca no caso das transferências da cama para outra superfície).
3. Evitar movimentos de rotação da coluna.
4. Manutenção do indivíduo o próximo possível, de modo a minimizar a distância de alcance.

Neste documento são ainda referidos outros princípios, tais como definir previamente quantos elementos são necessários para a realização da tarefa, organizar o meio envolvente (o que inclui travar a cama, cadeira ou qualquer equipamento móvel) e dar indicações/orientar o indivíduo antes e durante a tarefa, exemplificando a mesma, se necessário. Apesar dos métodos e técnicas manuais continuarem a ser amplamente utilizados pelos profissionais de saúde que prestam cuidados, nos últimos anos tem-se vindo a verificar uma evolução nos dispositivos para assistir estes profissionais na manipulação de pacientes (Holman, 2006).

De acordo com Holman (2006), das transferências que são mais comumente realizadas destacam-se as transferências cama-cama, cama-cadeira e cadeira-sanitário. A transferência da cama para a cadeira é considerada um tipo de tarefa de alto risco (Johnsson, 2005). No entanto, é importante lembrar que as transferências deverão ser técnicas confortáveis e seguras, não devendo causar dor ou desconforto no indivíduo transferido e em quem transfere (Johnsson, 2005).

1.9.1 Transferências e o profissional

As transferências de indivíduos são uma das tarefas realizadas nos serviços onde são prestados cuidados de saúde e que têm vindo a ser consideradas perigosas e um potencial factor de risco para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) (Johnsson, 2005).

Alguns estudos têm demonstrado diversas e preocupantes prevalências de sintomas e de lesões músculo-esqueléticas em diferentes profissionais de saúde (Lagerström et al., 1995; Engels et al., 1996; Josephson et al., 1997; Hernandez et al., 1998; Ando et al., 2000 cit. por Fonseca & Serranheira, 2006). A dor é o sintoma mais frequentemente referido pelos profissionais que realizam este tipo de tarefas, sendo a fadiga física outro dos sintomas referenciados (Fonseca & Serranheira, 2006).

Segundo Costa e Branco (2002), a adopção de posturas incorrectas, ritmos e prolongamentos excessivos dos períodos de trabalho, realização de grandes esforços físicos com repetitividade de movimentos e ambientes físicos inadequados, são altamente prejudiciais para os trabalhadores. Os movimentos estereotipados, os gestos frequentes, a aplicação de força, as posturas extremas (fora dos ângulos inter-segmentares de conforto articular) e a ausência de períodos de recuperação entre tarefas, constituem os principais factores de risco no desenvolvimento das lesões músculo-esqueléticas (Serranheira & Uva, 2002). Estes factores poderão ter várias consequências, sendo exemplo disso as lesões ocupacionais ou até mesmo acidentes laborais. Estes casos podem levar a situações de perda de dias de trabalho (Holman, 2006), implicando a substituição temporária destes profissionais o que, por sua vez, pode afectar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Feldstein, Vollmer, & Valanis, 1990).

A manipulação de doentes tem sido considerada como o mais importante factor de risco na etiologia das LMELT. As posições extremas adoptadas durante a prestação de cuidados, alguns aspectos da organização do trabalho como, por exemplo, o trabalho por turnos e o elevado número de doentes, bem como outros factores de difícil controlo, designadamente as características morfológicas dos pacientes e a inadequada configuração arquitectónica dos serviços e dos circuitos de trabalho, são igualmente elementos que contribuem para explicar o desenvolvimento destas lesões (Fonseca & Serranheira, 2006).

Em muitas situações, determinadas características do meio evolvente podem revelar-se muito prejudiciais para a realização de tarefas de manipulação de

indivíduos. As superfícies escorregadias ou molhadas, a presença de obstruções físicas (como armários), superfícies de trabalho com diferentes alturas (por exemplo, cama e cadeira de rodas) ou espaços muito pequenos ou de difícil acesso, entre outros (Waters et al., 2009), são alguns exemplos. A realização de diversas tarefas relacionadas com o cuidar exige a presença de vários elementos da equipa, para que estas possam ser completadas em segurança. Contudo, na maior parte das vezes, o número de trabalhadores por si só é reduzido, levando a que as tarefas sejam realizadas apenas por uma pessoa (Waters et al., 2009). De acordo com Waters e colaboradores (2009), as tarefas que são comumente executadas por estes profissionais de saúde e que podem colocá-lo em risco de desenvolver LMELT são:

- Alcançar e elevar cargas afastadas do seu corpo;
- Elevar cargas pesadas.
- Realizar torções durante as elevações.
- Mover cargas a uma grande distância.
- Realizar elevações frequentes (mais de 12 por turno).
- Realizar elevações sem assistência.
- Desempenhar tarefas em posturas extremas.

Acresce a isto o facto das tarefas de mobilização de indivíduos terem características que vão para além do controlo do profissional, tais como, mudanças inesperadas durante a transferência de um indivíduo (por exemplo, doentes que subitamente contrariam o movimento que se está a realizar), total dependência do indivíduo a transferir, alterações ao nível compreensão ou condições médicas específicas, como acidentes vasculares cerebrais (AVC's).

Um vasto corpo de evidência indica que um substancial número de lesões relacionadas com o trabalho em ajudantes de acção directa ocorrem devido ao efeito cumulativo da manipulação repetida de indivíduos e ao trabalho desenvolvido em posturas estáticas extremas (Waters et al., 2009). Num trabalho realizado por Garg, Owen e Carlson (1992) com 38 ajudantes, onde foi feito o levantamento das oito principais tarefas realizadas por estes profissionais, verificou-se que a transferência de indivíduos da cama para a cadeira de rodas, da cadeira de rodas para a cama e levantar doentes da cama fazem parte desta lista. Constataram ainda que, numa equipa de dois ajudantes, foram realizadas 24 transferências de indivíduos por turno de 8 horas cada e que estes profissionais apresentaram uma alta prevalência de dor lombar, tendo 51% dos mesmos recorrido a um prestador de cuidados de saúde nos últimos três anos. Nesta linha, num estudo realizado nos EUA por Squillace e

colaboradores (2009), constatou-se que mais de 50% dos 3017 ajudantes estudados relataram terem tido pelo menos uma lesão ligada ao trabalho no ano anterior ao estudo, dos quais $\frac{1}{4}$ ficaram impossibilitados de exercer as suas funções pelo menos um dia. Alamgir e colegas (2007) concluíram também que, das ocupações de cuidados directos, os auxiliares em contexto de lar são os que se encontram mais vulneráveis ao desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas, uma vez que o seu trabalho envolve principalmente tarefas de transferência e posicionamento dos residentes, sublinhando a importância do desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção. Num estudo realizado por Ore (2003), foi demonstrado que a realização da transferência de indivíduos de e para a cama, dentro de todas as tarefas realizadas, apresenta a maior taxa de lesões relacionadas com o trabalho.

A mobilização dos pacientes e de equipamentos tem vindo a ser relatado pelos próprios profissionais de cuidados de saúde como a causa mais frequente para lesões músculo-esqueléticas (Holman, 2006). Tal facto foi confirmado num estudo de Owen e Greg (1989, cit. por Hess et al., 2007), no qual é referido que os auxiliares de enfermagem classificaram as transferências entre a cama e a cadeira como uma das principais tarefas desencadeadoras de *stress* físico percebido.

Os profissionais que habitualmente realizam transferências de indivíduos, devem optar por técnicas de transferência que vão de encontro às necessidades do indivíduo mas que também possam evitar uma carga excessiva sobre seu o sistema músculo-esquelético (Johnsson, 2005). O profissional deve evitar lesionar-se recorrendo a posturas adequadas, uma força muscular mínima, uma mecânica corporal e técnicas de posicionamento adequadas e eficazes (Potter & Perry, 2006).

Segundo Nelson e Baptiste (2006), têm vindo a ser implementados vários tipos de intervenções na tentativa de reduzir o elevado risco associado à mobilização de doentes. De acordo com estes autores, tem sido utilizada uma abordagem ergonómica com soluções a diversos níveis. Estas soluções podem ser divididas em três categorias: uma delas relacionada com a engenharia dos equipamentos (como cintos de transferência) e ambiente de trabalho; outra relativa a questões administrativas (nomeadamente alterações de horários, jornadas de trabalho, entre outros) e, uma terceira, referente a práticas comportamentais relacionadas com o trabalho, o que inclui a formação do pessoal em mecânica e em princípios de protecção corporal. Neste artigo e numa publicação posterior, Nelson e seus colaboradores (2009), referem que mais de 30 anos de evidência demonstram que as manipulações manuais de indivíduos são inseguras. Ainda segundo estes autores, esta evidência indica ainda que adopção de técnicas seguras de manipulação de indivíduos, através da utilização

de equipamento durante a transferência, são efectivas na redução da incidência de LMELT.

Um equipamento ou produto de apoio pode ser qualquer produto que previna, compense ou neutralize as limitações nas actividades e restrições de participação, tais como o movimento independente de indivíduos. Os produtos de apoio facilitam a mobilidade dos indivíduos, reduzindo a carga de trabalho do profissional e aumentando a sua segurança e a do paciente (Tamminen-Peter et al., 2010). Alguns exemplos deste tipo de equipamento são as camas de altura regulável, camas eléctricas, cintos de transferência e elevadores mecânicos (Nelson & Baptiste, 2006). Segundo Tamminen-Peter e colegas (2010), os empregadores devem obter produtos de apoio para uso dos trabalhadores, a fim de evitar o perigo de acidentes e doenças.

Nesta linha de ideias, as orientações do instituto norte-americano *The National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) (Waters et al., 2009), apontam que o caminho para diminuir a ocorrência de LMELT assenta numa avaliação adequada do que é necessário para realizar a técnica de manipulação de indivíduos com segurança e, em seguida, a realização da tarefa de forma apropriada. Muitas tarefas podem exigir a utilização de equipamentos mecânicos, o que é denominado de intervenção ergonómica ou alteração do local de trabalho para proteger o profissional. Este tipo de dispositivos mecânicos, tais como os elevadores mecânicos (móveis ou fixos), para além de diminuírem a carga que tem de ser suportada pelo profissional e aliviarem as suas queixas músculo-esqueléticas, trazem também benefícios para o indivíduo transferido. Com intervenções ergonómicas acrescem assim benefícios para o paciente, tanto a nível físico como psicológico, através de um maior conforto, segurança e dignidade durante as mobilizações e transferências, nomeadamente com a redução de quedas, a redução de lesões na pele e escoriações, a promoção da sua mobilidade e da sua independência, reflectindo-se na melhoria qualidade de vida global. Nos EUA, os hospitais e as unidades de cuidados de longa duração, encontram-se a implementar políticas e estratégias para mobilização segura de doentes, através da utilização destes dispositivos de elevação mecânicos. No entanto, apesar do reconhecimento da importância dos equipamentos ou produtos de apoio, têm sido identificadas barreiras na sua utilização, nomeadamente a aversão dos doentes a este tipo de equipamentos, a necessidade de manutenção e a limitação de peso suportado (Nelson & Baptiste, 2006). É ainda importante referir que, de acordo com Silverstein, Howard, Lee e Goggins (2006), a utilização de elevadores mecânicos fixos ou móveis tem também associadas dificuldades e constrangimentos, como seja o posicionamento das cestas de transferência no indivíduo, que pode requerer posturas extremas e esforços elevados em doentes muito dependentes. Para além disso, a

implementação deste tipo de material exige determinadas condições a nível estrutural que, em muitos casos, não se verificam nas instituições (Silverstein et al., 2006). Este material nem sempre é economicamente viável e nem todos os espaços podem acomodar um elevador mecânico, nomeadamente em instituições mais antigas (Hodder, MacKinnon, Ralhan, & Keir, 2010). A título de exemplo, em Portugal, os elevadores mecânicos de transferência encontram-se disponíveis em valores que rodam os 1000 euros (Bastos Viegas, 2006). Deste modo, principalmente devido ao custo elevado deste tipo de equipamento, na maioria das unidades de prestação de cuidados continua a ser realizada a mobilização manual de doentes (Hess et al., 2007).

1.9.2 Transferências e o indivíduo cuidado

As transferências correspondem a momentos de interacção entre o profissional e o indivíduo, não devendo o seu efeito ser considerado apenas no profissional que a realiza mas também no indivíduo que é transferido. As necessidades e preferências deste último devem ser tidas em consideração. Num estudo realizado por Brown (2002, cit. por Johnsson, 2005), foi sugerido que a utilização de técnicas de transferência seguras em pessoas mais velhas podem potenciar a sua capacidade funcional.

No que se refere à segurança e bem-estar do indivíduo, alguns aspectos devem ser tomados em consideração durante a realização destas tarefas. Estudos têm vindo a demonstrar que os doentes nem sempre assumem posturas correctas. Em lares, residências geriátricas ou mesmo em unidades de reabilitação, os doentes passam grande parte do tempo em posições pouco adequadas (Downswell et. al, 2000 cit. por Johnsson, 2005). Do ponto de vista da sua saúde, os doentes devem lutar de posição e mobilizar-se frequentemente, no sentido de se prevenirem alterações cutâneas, contraturas musculares, estase pulmonar, deficiente circulação sanguínea e outras sequelas relacionadas com a imobilidade (Holman, 2006). No caso específico de doentes com défices neurológicos (como, por exemplo, parésia ou plegia dos membros), um membro superior flácido pode sofrer uma lesão durante a transferência se não estiver devidamente apoiado. O manuseio incorrecto e o posicionamento inadequado do membro superior afectado, pode provocar impacto negativo e sofrimento neste doente. Foi demonstrado por Wanklyn (1996, cit. por Johnsson, 2005) que os doentes com AVC que necessitam de ajuda para realizarem transferências estão mais propensos a sofrer de ombro doloroso, quando comparados com os doentes que não necessitam de assistência nas transferências.

Um outro exemplo que pode ser dado diz respeito aos doentes com próteses totais da anca, nos quais determinados movimentos com o membro inferior são contra-indicados, podendo haver o risco de luxação da prótese. No caso de indivíduos que se encontrem totalmente dependentes, durante a realização de uma transferência podem ocorrer situações de hipotensão ortostática, aumentando o risco de lipotímia e queda (Potter & Perry, 2006).

Num estudo realizado por Howe (2008), constatou-se que a realização de um programa de formação para ajudantes, com o objectivo de prevenir o aparecimento de úlceras de pressão e melhorar os cuidados com a pele dos doentes acamados, foi considerada um contributo positivo para a evolução destes indivíduos.

1.9.3 Programas de formação em transferências

A realização de transferências requer capacidades específicas que implicam competência, formação e treino (Hess et al., 2007). Um estudo realizado por Holman (2006) evidenciou a necessidade de formação em técnicas de mobilização de indivíduos. De acordo com Johnsson (2005), em dois estudos realizados por Engels em 1997 e 1998, onde foram analisados os efeitos de programas de formação em transferências, através da percentagem de posturas incorrectas, erros biomecânicos e ergonómicos e esforço percebido em enfermeiros, verificou-se que após o treino estes realizavam menos erros.

Os programas de formação em transferências têm como objectivo criar pré-requisitos para aprendizagem de técnicas de transferências recomendadas que, por sua vez, poderão reduzir a carga sobre o sistema músculo-esquelético de quem a realiza. Estes programas podem ser vistos como preventivos para a instalação de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (Johnsson, 2005). A formação em transferências deve ter objectivos claros com base na avaliação de riscos e necessidades. As formações sobre a manipulação de doentes deverão integrar a aprendizagem de técnicas apropriadas para avaliar e decidir acerca do melhor método de mobilizar os doentes (Holman, 2006). Por exemplo, um prestador de cuidados deve saber escolher um método de mobilização seguro, utilizar métodos que reduzam os riscos para si próprio e para o paciente e escolher os dispositivos de apoio adequados (Tamminen-Peter et. al, 2010).

No caso dos ajudantes de acção directa, estes programas podem ser realizados em escolas ou centros de formação, fazendo parte do currículo de formação para ajudantes de acção directa ou ter lugar no local de trabalho, como formação inicial ou contínua. Podem também ser levados a cabo em hospitais,

residências/unidades onde são prestados de cuidados de saúde, na comunidade ou em serviços de saúde ocupacional. Os profissionais responsáveis por formações em transferências de doentes são habitualmente fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e, por vezes, enfermeiros. Durante as jornadas de trabalho em hospitais e unidades de cuidados de saúde, é habitual os fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais instruírem e orientarem os restantes profissionais acerca da melhor forma de assistirem os doentes em diferentes situações de transferências (Johnsson, 2005).

A formação deve atender às necessidades e ao nível de conhecimentos do grupo de formandos, de forma que é uma vantagem se o formador estiver familiarizado com a rotina diária dos formandos. O grupo de formandos deve ter um tamanho que permita a realização de exercícios práticos e orientação individual, não devendo haver mais de 12 pessoas por formador. Tem sido demonstrado que 16 horas é suficiente para um grupo com necessidades de formação similares dominar os conhecimentos e adquirir capacidades básicas (Tamminen-Peter et al., 2010).

De acordo com Tamminen-Peter e colegas, a formação deve enfatizar exercícios práticos, de tal forma que a parte teórica não deve exigir mais de um terço do tempo destinado à formação. Os conteúdos de aprendizagem recomendados por estes autores são os seguintes:

- Ergonomia da mobilização de indivíduos.
- Responsabilidades de segurança ocupacional.
- Factores de risco no manuseio de indivíduos e gestão de risco.
- Padrões normais de movimento e controlo do seu próprio corpo.
- Avaliação e activação de capacidade física do indivíduo.
- Princípios e aplicação da assistência em diferentes situações de mobilização de pacientes.
- Produtos de apoio e dispositivos elevadores de indivíduos.
- Orientação para resolução de problemas.

Nos países europeus, assim como nos EUA e Austrália, encontram-se descritos vários métodos para realizar as tarefas de transferências. Os métodos variam não apenas entre países mas também dentro de cada país, onde diferentes métodos são utilizados pelos profissionais de saúde. Contudo, e apesar das diferentes teorias, modelos pedagógicos e princípios base, as técnicas de transferência têm muito em comum (Johnsson, 2005). As técnicas de transferência recomendadas e ensinadas são geralmente baseadas em princípios ergonómicos, que têm como objectivo reduzir a carga física no sistema músculo-esquelético do profissional, tendo

em conta as necessidades do doente. Alguns exemplos destes princípios são: não realizar flexão, inclinação e rotação do tronco, mantendo das curvaturas naturais da coluna (Warming et al., 2004 cit. por Johnsson, 2005); realizar carga nos membros inferiores utilizando pequenas alavancas; realizar um bom controlo postural e utilizar os membros inferiores nas transferências de peso (Corlett et. al, 1992 cit. por Johnsson, 2005). Outros exemplos destes princípios são: solicitar a participação do indivíduo, facilitando os padrões normais de movimento; assegurar que há espaço disponível para a realização da tarefa; ajustar a altura do material; trabalhar em colaboração com os colegas; utilizar dispositivos de transferência. De acordo com Johnsson (2005) é também recomendado que as tarefas sejam planeadas, realizadas calmamente, alternando-as com pausas. Apesar da transversalidade destes princípios base, os efeitos dos programas de formação raramente têm sido avaliados, não havendo consenso no que diz respeito ao método preferencial. Diversos estudos que têm sido realizados nesta temática utilizam frequentemente prevalências/incidências de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho, taxas de lesões ocorridas e dias de trabalho perdidos, como indicadores de resultados da implementação de programas de formação. Um exemplo disto é um estudo realizado por Hodder e colegas (2010) no qual se concluiu que, após a implementação de um programa de formação em mobilização de doentes (nomeadamente em transferências) dirigido para a prevenção de lesões da coluna no profissional, houve uma redução na carga exercida nesta estrutura, assim como do risco de lesão. É também reconhecido por Johnsson (2005) que, habitualmente, não são avaliados os efeitos dos programas de treino sobre métodos de transferências com vista a melhorar a *performance* na realização da tarefa. Uma possível causa para esta lacuna e que é apontada por esta autora diz respeito à falta de instrumentos de avaliação adequados. Num estudo realizado por esta autora (Johnsson, Kjellberg, & Lagerström, 2006) confirmou-se que o desempenho de estudantes de enfermagem na tarefa de transferência melhorou após formação.

De acordo com Abric e Dotte (2002), para se ser competente na sua função em Gerontologia/Geriatria, para sua própria segurança e do indivíduo cuidado, o prestador de cuidados deve beneficiar de formação e educação nestas áreas.

No contexto da formação de ajudantes de acção directa, importa que a relação entre a formação e o desempenho possa ser medida e avaliada, assumindo a avaliação do desempenho um papel importante como instrumento de mensuração de resultados e impactos da formação, em termos da alteração de comportamentos e de atitudes no exercício da prática profissional e da efectiva transferência de conhecimentos do contexto de formação para o contexto de trabalho, mas também como instrumento de levantamento de novas necessidades de formação. Trata-se de um modo de aperfeiçoar a *performance*, de dar *feedback* e permitir ao colaborador corrigir falhas, melhorar o seu desempenho e reforçar as suas competências, assim como permite a verificação do nível de transferência de conhecimentos para a prática profissional, identificar limitações mas também capacidades e potencialidades, promovendo o desenvolvimento conjunto das pessoas e das organizações (Sousa, 2011).

No caso específico da tarefa de transferência de indivíduos, apesar das orientações que existem no sentido da utilização de dispositivos mecânicos (Hess et al., 2007; Nelson et al., 2009; Waters et al., 2009), na maioria das unidades de prestação de cuidados continua a ser realizada a mobilização manual de doentes. Até a aquisição deste tipo de dispositivos se tornar suportável e a sua utilização mais prática, os profissionais das unidades de prestação de cuidados continuarão a realizar a mobilização manual dos doentes, sendo necessário o seu aperfeiçoamento, utilização de métodos seguros e aquisição de capacidades específicas que implicam competência, formação e treino (Hess et al., 2007). Como se pode constatar por esta revisão bibliográfica, esta parece ser uma lacuna transversal no contexto das unidades de prestação de cuidados por toda a parte, embora seja sentida como uma necessidade, inclusivamente pelos próprios profissionais envolvidos.

2. OBJECTIVO GERAL DO ESTUDO

Este estudo teve como objectivo geral analisar o impacto da formação de ajudantes de acção directa em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física” no desempenho da tarefa de transferência de idosos internados numa unidade de prestação de cuidados e as percepções destes ajudantes acerca da formação profissional na sua área.

2.1 Objectivos específicos do estudo

1. Caracterizar o perfil de ajudantes de acção directa (AD) (características sociodemográficas e formação profissional) que prestam cuidados a idosos dependentes internados numa unidade de prestação de cuidados.

2. Identificar as percepções de ajudantes de AD relativamente à importância da formação profissional na sua área, da formação em transferências e da dificuldade sentida na sua realização.

a) Relacionar estas percepções com o tempo de serviço como ajudante e com a formação profissional anterior.

3. Avaliar o desempenho de ajudantes de AD na realização da transferência “deitado-sentado-cadeira” de idosos dependentes internados numa unidade de prestação de cuidados.

a) Analisar se o desempenho melhorou após formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”.

b) Relacionar o desempenho com o grau de dependência dos idosos transferidos.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Para atingir os objectivos propostos, realizou-se um estudo em duas etapas:

- Na primeira etapa procedeu-se a um estudo descritivo exploratório transversal.
- Na segunda etapa procedeu-se a um estudo quase-experimental de observação (de séries temporais interrompidas), com duas fases, entre as quais decorreu uma intervenção (formação).

3.2 Universo populacional

O universo populacional correspondeu a ajudantes de AD que desempenhavam a sua actividade profissional em unidades de prestação de cuidados.

3.3 População em estudo

A população em estudo correspondeu a ajudantes de AD que desempenhavam a sua actividade profissional na Residência São João de Ávila (RSJA) em Lisboa.

A RSJA é um centro assistencial do Instituto São João de Deus (ISJD), Instituição Particular de Solidariedade Social, onde são prestados cuidados de saúde e de apoio social a indivíduos, na sua grande maioria em regime de internamento temporário. Os utentes são admitidos nesta Instituição com o objectivo de cumprirem programas de reabilitação física. A equipa de profissionais é composta por 58 colaboradores de diferentes áreas (tais como ajudantes de acção directa, médicos, técnicos de reabilitação, enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social). Tem a capacidade de 50 camas, das quais 25 estão alocadas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) sob a tipologia de Unidade de Convalescença (UC) (para a qual estão preconizados pela RNCCI períodos de internamento de 30 dias). De acordo com os dados estatísticos a que se teve acesso, o tempo médio de internamento dos utentes na RSJA nos últimos 6 meses (Maio a Outubro de 2011) foi de 37,5 dias.

3.4 Amostra

Na primeira etapa do estudo a amostra correspondeu à totalidade dos ajudantes de AD da RSJA e, na segunda etapa do estudo, foi constituída por uma parte destes ajudantes. A amostra foi seleccionada por conveniência.

3.4.1 Critérios de selecção da amostra

Foram incluídos na amostra os ajudantes de AD da RSJA que cumpriam os seguintes critérios:

1. Desempenho de funções como ajudante de AD na RSJA há 3 ou mais meses.
2. Desempenho da actividade nos turnos diurnos (turno da manhã).
3. Prestação de cuidados a indivíduos dependentes com 65 ou mais anos.

No estudo observacional foram considerados indivíduos “dependentes” os idosos que apresentavam uma pontuação na actividade da vida diária “transferência cadeira-cama” igual ou inferior a 12 pontos, de acordo o índice de Barthel (Shah, Vanclay, & Cooper, 1989).

3.5 Variáveis

Foram definidas como variáveis as seguintes:

Variáveis dependentes:

- Desempenho na transferência “deitado-sentado-cadeira”.
- Percepção da importância da formação profissional, da formação em transferências e da dificuldade sentida na sua realização.

Variáveis independentes:

- Perfil dos ajudantes de AD (sociodemográfico e experiência profissional – formação profissional anterior e anos de experiência como ajudante).
- Grau de dependência funcional dos idosos.

3.6 Métodos de recolha de dados e instrumentos de avaliação

3.6.1 Estudo exploratório

Para caracterizar a amostra e aferir as percepções dos ajudantes relativamente à formação profissional, utilizou-se um questionário auto-administrado. Este instrumento foi desenvolvido especificamente para o presente estudo. Deste questionário, constituído por 9 questões, constaram questões de resposta fechada e aberta relativas aos seguintes itens (*Apêndice I*):

- Características sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade); experiência profissional (tempo de experiência profissional como ajudante de AD e tempo de experiência profissional como ajudante de AD na RSJA); formação profissional anterior (entidade formadora, formação inicial e/ou contínua, duração, conteúdos) (6 questões).
- Percepção dos ajudantes de AD acerca da importância da formação profissional, da formação especificamente na tarefa de transferências e dificuldade na realização das mesmas. Para cada uma destas questões, foram apresentadas duas opções para resposta (“sim” e “não”), havendo um espaço aberto para justificação da opção seleccionada (3 questões).

3.6.2 Estudo de observação

Para avaliar a realização da transferência “deitado-sentado-cadeira” de idosos optou-se pelo método de observação directa dos ajudantes no contexto natural.

Assim, com base na literatura científica existente sobre o tema (Feldstein et al., 1990; Kjellberg, Johnsson, Proper, Olsson, & Hagberg, 2000; Pullen, 2008), livros/manuais com conteúdos sobre transferências (Turner, 1981; Greene & Roberts, 1999; Ruipérez & Llorente, 1996; Collins et al., 2006; Nelson et al., 2009; Waters et al., 2009) e na experiência profissional da investigadora, foi desenvolvida uma grelha de observação.

Para desenvolver esta grelha de observação, foi solicitada a colaboração de um grupo de profissionais considerados peritos nesta tarefa. Foram seleccionados fisioterapeutas com pelo menos 8 anos de experiência profissional (Jensen, Gwyer, Hack, & Shepard, 2007) e que exercessem a sua actividade profissional em unidades de prestação de serviço com internamento, semelhantes à RSJA. Deste modo, foi criado um inquérito onde os peritos pudessem realizar uma análise crítica da grelha de observação. Neste inquérito, disponibilizado na *internet*, foi solicitada a concordância ou a discordância para cada um dos itens da grelha, assim como um espaço aberto

para observações e propostas dos peritos. Dos 6 peritos contactados, apenas 2 responderam ao inquérito. Numa segunda fase, realizou-se um estudo piloto na RSJA procedendo-se a um primeiro pré-teste, no qual se aplicou a grelha em 4 transferências “deitado-sentado-cadeira” e a um segundo pré-teste, no qual foram realizadas 2 observações.

Tendo em conta estes procedimentos, com base nas inadequações detectadas, procedeu-se à revisão da grelha e aos reajustes necessários do instrumento.

A grelha de observação definitiva ficou constituída por 22 itens, divididos em 3 etapas da tarefa (Figura 1).

1ª etapa - *Sentar na cama (5 itens)*. Composta por itens que representam a sequência das componentes técnicas da passagem da posição de deitado para a posição de sentado na cama.

2ª etapa - *Transferência cama-cadeira (9 itens)*. Composta por itens que representam a sequência das componentes técnicas transferência de sentado na cama para a cadeira.

3ª etapa - *Componentes extra-técnicas (8 itens)*. Composta por itens considerados mais globais e abrangentes, relacionados com a interacção entre ajudantes e interacção com o utente, com a postura dos ajudantes e com o meio envolvente.

Os critérios para preenchimento da grelha encontram-se detalhados em apêndice (*Apêndice II*).

Grelha de Observação de Transferências				
Identificação Ajudante 1. _____ Identificação Ajudante 2. _____ Utente: _____ Idade: _____ Diagnóstico: _____ Índice Barthel: _____				
Sentar na cama	S	N	N/a	Observações
1. Travar a cama				
2. Colocar o utente em decúbito lateral (para o lado onde se encontram os ajudantes/onde se vai sentar o utente)				
3. Fazer pegas na cintura escapular, sustentando a cabeça (aj.1) e nos MI's (região posterior dos joelhos) (aj.2)				
4. Fazer movimento giratório, movendo o tronco para cima e os membros inferiores para fora da cama				
5. Permanecer junto do utente, mantendo o apoio até este voltar ao equilíbrio				
Pontuação	___/5			
Transferência Cama → Cadeira	S	N	N/a	Observações
1. Posicionar a CR paralelamente/45º em relação à cama				
2. Travar a CR				
3. Retirar o apoio de pés da CR				
4. Deslocar o utente para a beira da cama				
5. Posicionar os pés do utente no chão				
6. Fazer pegas na região da cint. pélvica/cint. escapular				
7. Controlar os joelhos e os pés do utente				
8. Levantar, rodar e sentar o utente na CR				
9. Assegurar que o utente ficou bem sentado na CR				
Pontuação	___/9			
Componentes extra técnica	S	N	N/a	Observações
<i>Foi feita uma abordagem inicial do utente</i>				
<i>Foi explicada a tarefa a realizar</i>				
<i>Foi solicitada a participação do utente</i>				
<i>Foi solicitada mais ajuda (se necessário)</i>				
<i>Foi colocado no utente calçado apropriado para a manobra</i>				
<i>Foi assegurado que há espaço suficiente/não há obstáculos</i>				
<i>Tarefa foi realizada com uma postura correcta</i>				
<i>Ajudantes coordenaram-se durante a tarefa</i>				
Pontuação	___/8			
Pontuação global	___	/22		

Figura 1 – Instrumento de observação: grelha de observação de transferências.

Para cada item da tarefa foi atribuída uma escala nominal onde 3 respostas alternativas eram possíveis: “sim” (quando o item era cumprido), “não” (quando o item não era cumprido) e “não se aplica” (quando o item não era necessário ou não apropriado naquela observação). Para quantificar os itens, foi atribuída uma pontuação, onde cada resposta “sim” correspondia a uma cotação de “1” e cada resposta “não” a uma cotação de “0”.

A pontuação total foi calculada através da divisão da soma da cotação de cada item pelo total possível (soma de “1” e “0” em 22). Também foi calculada uma sub-pontuação para cada etapa da grelha (sentar na cama: soma de “1” e “0” em 5; transferência cama-cadeira: soma de “1” e “0” em 9; componentes extra-técnicas: soma de “1” e “0” em 8). Estas pontuações podiam assumir valores entre “0” e “1”, onde “0” corresponde à pontuação mínima e “1” à pontuação máxima. No que diz respeito aos itens seleccionados como “não se aplica”, estes foram excluídos dos cálculos. Dando como exemplo o item “travar a cama” da primeira etapa da grelha (sentar na cama), quando a opção “não se aplica” é seleccionada (porque a cama em questão não tem travões), a pontuação parcial desta etapa passaria a ser a soma de “1” e “0” em 4 e não a soma de “1” e “0” em 5, assim como a pontuação global seria a soma de “1” e “0” em 21 e não a soma de “1” e “0” em 22. Assim, o valor sobre o qual a soma das pontuações é dividida é dependente do número de itens aplicáveis em cada grelha. O desempenho na tarefa foi considerado “positivo” para pontuações parciais e globais superiores a 0,5 e “negativo” para pontuações parciais e globais inferiores a 0,5.

Cada um dos 22 itens da grelha continha em aberto um campo designado de “observações” com o intuito de registar algum tipo de observação que se considerasse pertinente.

Em cada grelha foram também registadas outras informações como “identificação do(s) ajudante(s)” e “identificação, idade, diagnóstico e pontuação do Índice de Barthel do idoso”.

O Índice de Barthel (Shah et al., 1989) foi o instrumento utilizado para avaliar o nível de dependência funcional dos idosos (*Apêndice III*). Este Índice é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres (urinar e evacuar), deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Na versão utilizada (Shah et al., 1989) a pontuação total do Índice varia entre 0 e 100, sendo que uma

pontuação menor do que 25 pontos corresponde a “dependência total”, entre 26 e 50 pontos a “dependência severa”, entre 51 e 75 a “dependência moderada”, entre 76 e 99 pontos a “dependência leve” e uma pontuação de 100 pontos a “independência total” (*Apêndice III*). No que diz respeito especificamente ao item “transferência cama-cadeira”, este pontua-se da seguinte forma:

- Totalmente independente - Não necessita de qualquer ajuda (15 pontos).
- Requer ajuda mínima (12 pontos).
- Requer ajuda moderada (8 pontos).
- Requer ajuda substancial (3 pontos).
- Incapaz de realizar a tarefa (0 pontos).

3.7 Procedimentos

3.7.1 Estudo exploratório

Na primeira etapa do estudo foi aplicado o questionário auto-administrado. Os questionários foram distribuídos pessoalmente pela autora aos 25 ajudantes de AD na RSJA, tendo sido solicitado que os mesmos fossem preenchidos individualmente e devolvidos à própria ou, em alternativa, colocados num arquivo disponibilizado para o efeito. Esta recolha de dados decorreu durante o mês de Abril de 2011.

3.7.2 Estudo de observação

A recolha de dados do estudo de observação foi feita pela investigadora através de observação directa natural de 18 ajudantes. Considerou-se que a forma mais fidedigna de avaliar a realização da tarefa de transferência “deitado-sentado-cadeira” por parte dos ajudantes seria em contexto real, durante a jornada de trabalho.

As observações das transferências “deitado-sentado-cadeira” decorreram em duas fases. A primeira fase teve lugar no período pré-formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física” e a segunda fase no período pós-formação.

Todas as observações decorreram na RSJA, no início do turno da manhã dos ajudantes de AD (07h30-15h00), uma vez que era nesta fase do turno que os ajudantes realizavam a tarefa que se pretendia avaliar. As observações tiveram lugar nos respectivos quartos dos utentes (que se encontram distribuídos por dois pisos). Em cada turno da manhã estavam habitualmente escalados 8 ajudantes de AD (4 por cada piso). As observações foram realizadas aleatoriamente à medida que as transferências dos indivíduos iam sendo executadas. Os ajudantes organizavam-se e distribuíam-se no momento e à medida que ia sendo necessário levantar um utente. A

ordem pela qual os utentes eram levantados da cama encontrava-se previamente estabelecida pelos superiores dos ajudantes. Para proceder às observações, a investigadora posicionava-se no quarto do utente onde estava a decorrer a transferência, não interferindo na realização da mesma. A investigadora realizou as observações e o respectivo registo na grelha de observação no momento em que transferência estava a acontecer.

O preenchimento de cada item da grelha obedeceu a critérios previamente definidos (*Apêndice II*). Apenas foram consideradas válidas as transferências que a investigadora conseguiu observar desde o início até ao término da tarefa, isto é, desde a entrada do(s) ajudante(s) no quarto do utente até ao reposicionamento do utente na cadeira. Foram observadas, aleatoriamente, transferências realizadas por um ajudante e transferências realizadas por pares de ajudantes (Fluxograma 1).

O Índice de Barthel foi aplicado a cada um dos idosos transferidos após a realização da transferência.

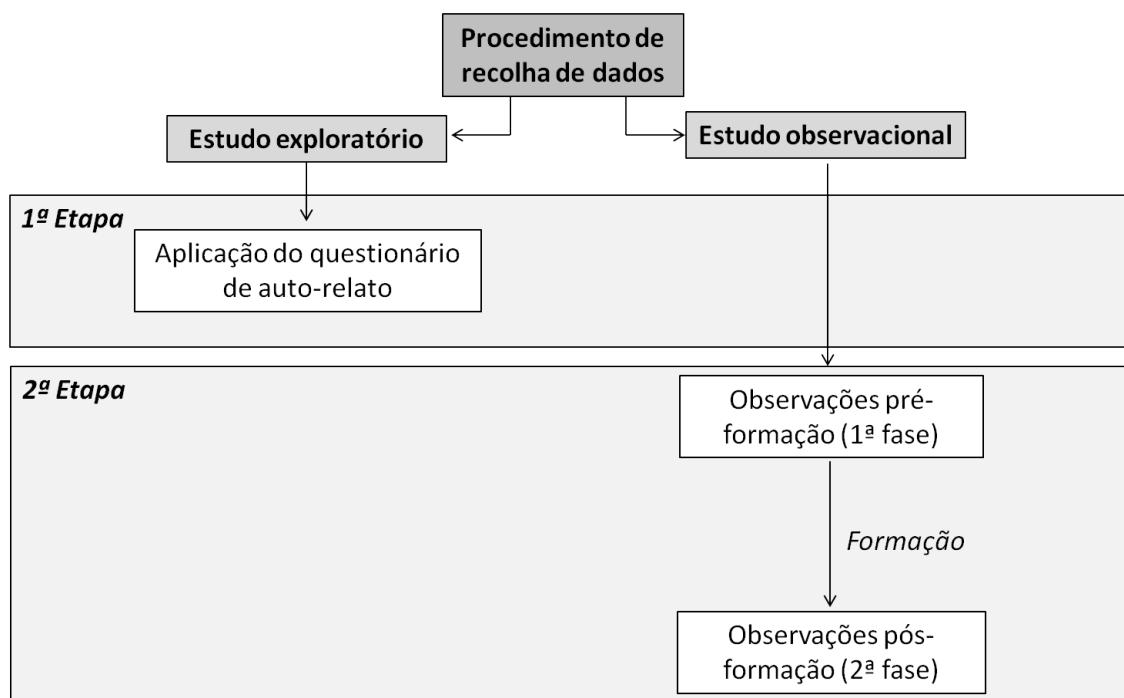
3.8 Formação em Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física

Dezassete ajudantes de AD da RSJA frequentaram uma formação de cariz interno, integrada num Curso de Empregado Auxiliar do Instituto São João de Deus, desenvolvida pelo Núcleo de Formação deste Instituto. Embora a participação fosse obrigatória, 8 ajudantes não estiveram presentes (2 por se encontrarem de baixa por seguro e 6 por falta).

Este Curso de Empregado Auxiliar encontra-se dividido em 11 módulos que abordam diferentes áreas que, nesta Instituição, são consideradas prioritárias para o desenvolvimento profissional deste grupo profissional. Num destes módulos, denominado de “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física, foi abordado o tema “transferências”. Este módulo, composto por um total de 12 horas (8 horas de formação presencial e 4 horas de trabalho autónomo do formando), decorreu em 4 sessões de 2 horas, tendo como formador uma enfermeira especialista em reabilitação. Na segunda sessão deste módulo, que ocorreu durante o mês de Junho de 2011, foram abordados os seguintes conteúdos:

- Higiene postural e mecânica corporal.
- Lesões músculo-esqueléticas, lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) e lombalgia ocupacional.
- Posicionamentos.
- **Transferências.**
- Deambulação.

Para a abordagem ao tema “transferências”, o formador utilizou o método expositivo e demonstrativo, recorrendo a técnicas pedagógicas de simulação, havendo uma componente prática para os formandos. No final deste módulo, os formandos foram sujeitos a uma avaliação teórica escrita.



Fluxograma 1 – **Procedimentos de recolha de dados.**

3.9 Método de análise de dados

Primeiramente, foi efectuada uma análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra (idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço, formação profissional anterior), de caracterização dos idosos (idade, diagnóstico, pontuação no Índice de Barthel, pontuação no item transferência cama-cadeira do Índice de Barthel) e das variáveis de percepção dos ajudantes de AD acerca da importância da formação profissional, formação em transferências e dificuldade na sua realização. Todos os dados são apresentados em indicadores numéricos e quadros. Para as variáveis quantitativas (idade e tempo de serviço dos ajudantes de AD; pontuação no Índice de Barthel e pontuação no item transferência cama-cadeira do Índice de Barthel dos idosos) calcularam-se medidas de localização e dispersão como a média, a mediana e o desvio-padrão. Para as variáveis sexo, escolaridade e formação profissional anterior dos ajudantes, diagnóstico dos idosos, percepção dos ajudantes acerca da importância da formação profissional, formação em transferências e dificuldade na sua

realização, que são variáveis qualitativas nominais, efectuou-se o estudo das frequências absolutas e relativas.

Foi ainda realizada uma análise de conteúdo (Coutinho, 2011) das respostas obtidas (justificações) nas questões de percepção dos ajudantes de AD acerca da importância da formação profissional, formação em transferências e dificuldade na sua realização.

A relação da percepção da importância da formação profissional, formação em transferências e da dificuldade na realização de transferências com o tempo de serviço como ajudantes de AD foi analisada pelo teste de Mann-Whitney (*Apêndice VI*). Para análise da relação destas variáveis com a formação profissional anterior, foi utilizado o teste exacto de Fisher, visto que o teste do qui-quadrado não cumpria os pressupostos de aplicação (*Apêndice VII*).

Para comparar as diferenças nas pontuações nas transferências e no Índice de Barthel dos idosos, antes e após a realização de formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”, recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney, para amostras independentes, uma vez que as variáveis não apresentam uma distribuição normal (*Apêndice VIII e IX*). Consideraram-se testes estatísticos bilaterais com um nível de significância de 5% (Coutinho, 2011).

A análise estatística foi efectuada através do *software* estatístico SPSS (“*Statistical Package for Social Sciences*”) versão 19.

3.10 Aprovação Ética

O pedido para a realização do estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Ética e da Direcção do ISJD, no qual se insere a RSJA, tendo sido o parecer positivo (*Apêndice IV*).

Os ajudantes de AD foram informados das características e objectivos do estudo oralmente e por escrito, assim como do direito à participação voluntária. Estes foram encorajados a colocarem questões e a contactarem a autora para o esclarecimento de dúvidas ou outro assunto relacionado com o estudo. Foi ainda dado a conhecer aos participantes que os dados recolhidos através dos questionários auto-administrados e das observações seriam tratados com confidencialidade. A exclusiva utilização das informações para o estudo em questão foi também assegurada. O consentimento informado dos participantes foi obtido (*Apêndice V*). No que diz respeito aos idosos, estes foram informados oralmente no momento que antecedeu a realização das observações.

4. RESULTADOS

4.1 Estudo exploratório

No estudo exploratório, foram obtidos questionários dos 25 ajudantes de AD. De referir que, apesar dos 25 indivíduos terem respondido a todas as questões, nem sempre foram obtidas as justificações para estas respostas.

4.1.1 Caracterização dos ajudantes de AD

A amostra foi constituída por 25 ajudantes, o que correspondia à totalidade dos indivíduos que desempenhavam esta função na RSJA. Dos 25 ajudantes de AD que responderam ao questionário, 23 (92%) pertenciam ao género feminino e 2 (8%) ao género masculino (Quadro 1). A média de idades foi de 42,0 anos, com um desvio padrão de 7,92 e um valor mínimo e máximo de 23 e 58 anos, respectivamente.

<i>Idade</i>		Género				Total
		n Feminino	%	n Masculino	%	
	20-29	1	4	-	-	
	30-39	9	36	-	-	
	40-49	8	32	2	8	
	50-59	5	20	-	-	
	Total	23	92	2	8	25

n = número; % = valor percentual

Quadro 1 – **Escalões etários e género dos ajudantes de acção directa.**

No que diz respeito à vinculação à Instituição, a grande maioria dos ajudantes de AD encontrava-se em regime de efectividade e 5 (20%) contratualizados a termo (Quadro 2), a totalidade dos quais cumpriam uma carga horária diária de 8 horas e 37 horas semanais.

Vínculo	n	%
Efectivo	20	80
Contrato	5	20
Total	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 2 – **Vinculação dos ajudantes de acção directa.**

No que se refere às habilitações literárias da amostra, cerca de 30% dos indivíduos cumpriram escolaridade de nível inferior ou até ao 6º ano, com predomínio de quatro anos de escolaridade neste grupo. Metade da amostra completou nove anos de escolaridade, correspondendo o 3º ano ao valor mínimo e 12º ano ao máximo (Quadro 3).

Habilitações	n	%	Ano	n	%
≤ 6º ano	8	32	3º ano	1	4
			4º ano	5	20
			5º ano	1	4
			6º ano	1	4
> 6º ano	17	68	7º ano	2	8
			9º ano	13	52
			12ºano	2	8
Total	25	100	Total	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 3 – **Habilitações literárias dos ajudantes de acção directa.**

Quanto ao tempo de serviço como ajudantes de acção directa (Quadro 4), dos 25 ajudantes, 15 (60%) exerciam esta actividade profissional na RSJA há 4 ou menos anos e 10 (40%) há mais de 5 anos, sendo o máximo 13 anos. De referir que 5 ajudantes já tinham exercido esta actividade previamente em outras instituições.

Tempo Serviço (anos)	n RSJA	% RSJA	n RSJA e outras	% RSJA e outras
<1	1	4	0	0
≥1 e ≤4	14	56	14	56
>4 e ≤7	1	4	1	4
>7 e ≤10	5	20	5	20
>10 e ≤13	4	16	5	20
Total	25	100	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 4 – **Tempo de serviço como ajudantes de acção directa na RSJA e no total (RSJA e outras instituições).**

No que diz respeito à formação profissional anterior, cerca de metade dos ajudantes de AD inquiridos referiram já ter realizado formação profissional relacionada com esta área (Quadro 5), a maioria dos quais na RSJA (formação em Cuidados Básicos de Saúde, ministrado em 2006) (*Apêndice X*). Dos ajudantes que já tinham realizado formação profissional, apenas em 2 casos (17%) esta formação foi inicial (Quadro 6). De salientar que as formações integradas no Curso de Empregado Auxiliar

do Instituto São João de Deus não foram consideradas como formação anterior, por se encontrarem a decorrer ao longo do ano corrente (2011).

<i>Formação profissional anterior</i>	n	%
Sim	12	48
Não	13	52
Total	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 5 – Formação profissional anterior dos ajudantes de acção directa.

<i>Formação profissional inicial/contínua</i>	n	%
Inicial	2	16,7
Contínua	10	83,3
Total	12	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 6 – Formação profissional inicial/contínua dos ajudantes de acção directa.

4.1.2 Percepção dos ajudantes de AD sobre formação profissional

Em relação às questões “Acha que é necessário ter formação profissional para o desempenho da sua actividade?” e “Acha importante ter formação sobre transferências?”, a totalidade dos indivíduos (100%) responderam afirmativamente. No que se refere à percepção da dificuldade em realizar transferências de indivíduos, 16 (64%) afirmaram não sentir dificuldade na realização desta técnica e 9 (36%) manifestaram esta dificuldade (Quadro 7).

<i>Percepção sobre formação profissional</i>	Sim		Não		Total	
	n	%	N	%	n	%
Necessidade de formação profissional	25	100	0	0	25	100
Importância de formação em transferências	25	100	0	0	25	100
Dificuldade na realização de transferências	9	36	16	64	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 7 – Percepção dos ajudantes de acção directa sobre formação profissional.

Quando solicitada a justificação da resposta na questão acerca da importância da necessidade de formação profissional na sua área, a justificação predominante foi a

melhoria do desempenho da sua actividade (n=9, 36%) e a melhoria de conhecimentos (n=6, 24%). Um número apreciável de participantes não justificou esta sua opinião (Quadro 8).

<i>Necessidade de formação profissional</i>	n	%
Melhorar a qualidade dos serviços	1	4
Melhorar o desempenho da actividade	9	36
Melhorar conhecimentos	6	24
Trazer benefício para os doentes	2	8
Não justificou	7	28
Total	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 8 – Justificação dos ajudantes de acção directa acerca da necessidade de formação profissional.

Em relação à questão sobre a importância da necessidade de formação especificamente em transferências, a justificação predominante foi a melhoria no desempenho na realização desta técnica (n=8, 32%), surgindo de seguida a segurança/protecção pessoal e do indivíduo transferido (n=6, 24%) (Quadro 9).

<i>Justificação da necessidade de formação em transferências</i>	n	%
Melhorar o desempenho na realização de transferências	8	32
Melhorar conhecimentos sobre técnicas de transferências	4	16
Segurança /protecção pessoal e do doente	6	24
Segurança/protecção pessoal	2	8
Segurança/protecção do doente	1	4
Não justificou	4	16
Total	25	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 9 – Justificação dos ajudantes de acção directa acerca da necessidade de formação em transferências.

Dos 9 (36%) ajudantes que responderam sentir dificuldade em realizar transferências, 3 (33%) associaram esta dificuldade ao colega com quem estão a transferir o indivíduo e 3 (33%) às especificidades do indivíduo transferido. Apenas 1 dos ajudantes referiu o esforço físico como justificação para a dificuldade na realização de transferências (Quadro 10).

Justificação da dificuldade na realização de transferências	n	%
Depende dos colegas com quem se está a transferir	3	33,3
Depende das características dos doentes	3	33,3
Realizar a tarefa sozinho	2	22,2
Devido ao esforço físico realizado	1	11,1
Total	9	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 10 – Justificação dos ajudantes de lar acerca da dificuldade na realização de transferências.

4.1.3 Percepção sobre formação e tempo de serviço na RSJA como ajudantes de AD

Não foi possível proceder à análise estatística da relação entre a percepção da importância da formação profissional/formação em transferências e o tempo de serviço como ajudante/formação profissional anterior, uma vez que, como foi referido anteriormente, todos os ajudantes responderam positivamente às duas questões.

Por sua vez, quando se relacionam as respostas à questão “Sente dificuldade em realizar transferências?” e o tempo de serviço como ajudante na RSJA, através do teste de Mann-Whitney, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,002$), isto é, os ajudantes que assumem ter dificuldade na realização de transferências são os que exercem funções há mais tempo na RSJA (Quadro 11).

Dificuldade na realização de transferências		Sim	Não	Total	Teste de Mann-Whitney <i>Valor p</i>
		n=9	n=16	n=25	
Tempo de serviço como ajudante RSJA (anos)	Média	8,50	3,56	5,34	0,002
	Desvio-padrão	3,34	3,48	4,14	
	Mediana	9,00	2,50	3,50	
	Mínimo	3,00	0,50	0,50	
	Máximo	13,00	13,00	13,00	

Quadro 11 – Dificuldade na realização de transferências e tempo de serviço como ajudante, valor p – teste de Mann-Whitney.

4.1.4 Percepção sobre formação e formação profissional anterior dos ajudantes de AD

Ao analisar-se a relação entre a variável “dificuldade em realizar transferências” e formação profissional anterior como ajudante de AD verifica-se que existem diferenças significativas (teste exacto de Fisher, $p=0,041$) entre respostas dos ajudantes que tinham formação profissional anterior e as respostas dos ajudantes que não tinham formação. Verificou-se ainda que a grande maioria dos ajudantes sem formação profissional prévia afirmaram não ter dificuldade na realização de transferências. Por sua vez, os elementos do grupo de ajudantes que tinham formação profissional anterior assumiram ter dificuldades na realização desta tarefa (Quadro 12).

		Formação profissional anterior			Teste Exacto de Fisher <i>Valor p</i>
		Não	Sim	Total	
Dificuldade na realização de transferências	Não	11	5	16	0,041
	Sim	2	7	9	
	Total	13	12	25	

Quadro 12 – **Dificuldade na realização de transferências e formação profissional anterior, valor p – teste exacto de Fisher.**

4.2 **Estudo de observação**

A primeira fase de observações decorreu durante os meses de Abril e Maio de 2011, tendo sido realizadas 34 observações de transferências em 11 dias (Tabela 1).

1ª Fase de Observações	
Dia de observações	Número de transferências
<i>Dia 1</i>	6
<i>Dia 2</i>	3
<i>Dia 3</i>	2
<i>Dia 4</i>	3
<i>Dia 5</i>	2
<i>Dia 6</i>	2
<i>Dia 7</i>	3
<i>Dia 8</i>	5
<i>Dia 9</i>	1
<i>Dia 10</i>	4
<i>Dia 11</i>	3
	10 individuais e 24 pares (aleatórios)
	Total 34

Tabela 1 – Número de transferências observadas na 1ª fase.

Na primeira fase de observações cada um dos elementos da amostra (n=18) foi observado pelo menos uma vez durante a realização da transferência “deitado-sentado-cadeira”, individualmente e/ou em pares.

A segunda fase de observações decorreu de Agosto e Outubro de 2011, tendo sido realizadas 26 observações de transferências em 13 dias (Tabela 2).

2ª Fase de Observações	
Dia de observações	Número de transferências
<i>Dia 1</i>	2
<i>Dia 2</i>	4
<i>Dia 3</i>	1
<i>Dia 4</i>	4
<i>Dia 5</i>	1
<i>Dia 6</i>	1
<i>Dia 7</i>	3
<i>Dia 8</i>	3
<i>Dia 9</i>	3
<i>Dia 10</i>	1
<i>Dia 11</i>	1
<i>Dia 12</i>	1
<i>Dia 13</i>	1
	18 individuais e 8 pares (aleatórios)
	Total 26

Tabela 2 – Número de transferências observadas na 2ª fase.

Na segunda fase, um dos elementos da amostra não foi observado (nem frequentou a formação) devido à sua ausência por baixa de seguro. Os restantes elementos foram observados pelo menos uma vez durante a realização da transferência “deitado-sentado-cadeira”, individualmente e/ou em pares.

4.2.1 Caracterização dos ajudantes de AD

Dos 18 ajudantes de AD que foram observados, 17 (94,4%) pertenciam ao género feminino e 1 (5,6%) ao género masculino. A média de idades foi de 43,0 anos, com um desvio padrão de 8,90 e um valor mínimo e máximo de 23 e 58 anos, respectivamente.

No que diz respeito à vinculação à Instituição, 15 (83,3%) dos ajudantes encontravam-se em regime de efectividade e 3 (16,7%) contratualizados a termo.

No que se refere às habilitações literárias da amostra, 4 (22,2%) indivíduos cumpriram escolaridade até ao 6º ano (inclusive) e 14 (78,8%) acima do 6º ano. Dos 18 ajudantes de AD, 10 (55,5%) exerciam esta actividade profissional na RSJA há menos de 5,5 anos e 8 (44,4%) há mais de 6 anos, sendo o máximo 13 anos. De referir que dois ajudantes já tinha exercido esta actividade previamente em outras instituições.

4.2.2 Caracterização dos idosos

No que diz respeito aos indivíduos que foram transferidos pelos ajudantes de AD, estes constituíram um total de 35 idosos, cuja média de idades foi de 79,0 anos, com desvio padrão de 9,30, um máximo de 97 anos e um mínimo de 65 anos, sendo 22 (63%) do género feminino e 13 (37%) do género masculino (Quadro 13).

<i>Idade</i>		Género				Total
		n Feminino	%	n Masculino	%	
	60-69	2	5,7	6	17,1	
	70-79	8	22,9	4	11,4	
	80-89	8	22,9	1	2,9	
	90-99	4	11,4	2	5,7	
	Total	22	62,9	13	37,1	35

n = número; % = valor percentual

Quadro 13 – **Escalões etários e género dos idosos transferidos.**

No que diz respeito à classificação das patologias dos idosos transferidos, ordenadas por aparelhos e sistemas de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) (Organização Mundial de Médicos de Família, 1999), verificou-se uma prevalência elevada (45,7%) de patologias do Aparelho Circulatório - Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (Quadro 14).

<i>Aparelho/Sistema</i>	<i>Patologias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Circulatório – K</i>	AVC;EAM	16	45,7
<i>Músculo-Esquelético – L</i>	Fracturas;Luxações	6	17,1
<i>Neurológico – N</i>	D.Parkinson;Neoplasias;Traumatismo craniano	4	11,4
<i>Respiratório – R</i>	Infecções respiratórias	3	8,6
<i>Psicológico – P</i>	Demências	3	8,6
<i>Digestivo – D</i>	Doença hepática;Neoplasias	2	5,7
<i>Genital Masculino – Y</i>	Gangrena de Fournier	1	2,9
Total		35	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 14 – **Classificação das patologias dos idosos por aparelho/sistema – Classificação Internacional de Cuidados Primários, ICPC 1999.**

4.2.3 Dependência dos idosos

No que se refere ao nível de dependência destes indivíduos, de acordo com o Índice de Barthel (Shah et al., 1989), 18 (51%) apresentavam dependência total, 7 (20%) dependência severa, 9 (26%) dependência moderada e 1 (3%) dependência leve (Quadro 15). Especificamente no item “transferência cadeira-cama” deste Índice, 16 (46%) dos idosos necessitava de uma ajuda moderada, 9 (26%) de ajuda substancial, 9 (26%) eram incapazes de ajudar e apenas 1 (3%) necessitava de ajuda mínima (Quadro 16).

<i>Índice Barthel Total</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Dependência total	18	51
Dependência severa	7	20
Dependência moderada	9	26
Dependência leve	1	3
Totalmente independente	0	-
Total	35	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 15 – **Nível de dependência dos idosos – pontuação no Índice de Barthel.**

<i>Índice Barthel Transferência</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Incapaz de realizar	9	26
Ajuda substancial	9	26
Ajuda moderada	16	46
Ajuda mínima	1	3
Totalmente independente	0	-
Total	35	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 16 – Nível de dependência dos idosos – pontuação no item “transferência cama-cadeira” do Índice de Barthel.

4.2.4 Dependência dos idosos e transferências

Nas 34 transferências realizadas antes da formação (primeira fase), 25 (74%) dos indivíduos transferidos tinham dependência total, isto é, pontuações entre 0 e 25 (Quadro 17). No que diz respeito à pontuação na “transferência cama-cadeira”, a maioria eram incapazes de a realizar (12, 35%) e necessitavam de ajuda substancial (12, 35%). Dos restantes, 9 (26%) necessitavam de ajuda moderada e apenas 1 (3%) de ajuda mínima (Quadro 18).

<i>Índice Barthel Total</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Dependência total	25	74
Dependência severa	3	9
Dependência moderada	5	15
Dependência leve	1	3
Independência total	0	-
Total	34	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 17 – Nível de dependência dos idosos – pontuações no Índice de Barthel antes da formação.

<i>Índice Barthel Transferência</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Incapaz de realizar	12	35
Ajuda substancial	12	35
Ajuda moderada	9	26
Ajuda mínima	1	3
Totalmente independente	0	-
Total	34	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 18 – Nível de dependência dos idosos – pontuações no item “transferência cama-cadeira” do Índice de Barthel antes da formação.

Nas 26 transferências realizadas após a formação (segunda fase), havia 13 (50%) indivíduos com dependência total (Quadro 19). Em relação à pontuação na transferência cama-cadeira, 5 (19%) eram incapazes de realizar, 8 (31%) necessitavam de ajuda substancial, 13 (50%) necessitavam de ajuda moderada (Quadro 20).

<i>Índice Barthel Total</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Dependência total	13	50
Dependência severa	4	15
Dependência moderada	9	35
Dependência leve	0	-
Independência total	0	-
Total	26	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 19 – Nível de dependência dos idosos – pontuações no Índice de Barthel depois da formação.

<i>Índice Barthel Transferência</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Incapaz de realizar	5	19
Ajuda substancial	8	31
Ajuda moderada	13	50
Ajuda mínima	0	-
Totalmente independente	0	-
Total	26	100

n = número; % = valor percentual

Quadro 20 – Nível de dependência dos idosos – pontuações no item “transferência cama-cadeira” do Índice de Barthel depois da formação.

Em relação ao nível de dependência dos idosos transferidos nas duas fases, avaliados através do Índice de Barthel, o valor médio obtido na primeira fase foi de $23,4 \pm 20,49$ e de $32,7 \pm 24,50$ para a segunda fase. Especificamente no item transferência cama-cadeira, a pontuação média foi de $3,5 \pm 3,50$ na primeira fase e de $4,9 \pm 3,31$ na segunda fase. Apesar das pontuações médias no Índice de Barthel assumirem valores superiores na segunda fase, as diferenças não são estatisticamente significativas, tanto nas pontuações do Índice de Barthel total ($p=0,708$) como nas do item “transferência cama-cadeira” ($p=0,105$) (Quadro 21).

	1ª Fase (n=34)		2ª Fase (n=26)		Teste de Mann-Whitney	
	Pontuação		Pontuação			
<i>Índice de Barthel</i>	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Z	Valor P
Total (0-100)	23,4	20,49	32,7	24,50	-0,375	0,708
Item transferência (0-15)	3,5	3,50	4,9	3,31	-1,620	0,105

Quadro 21 – Pontuações médias no Índice de Barthel e item “transferência cama-cadeira” dos idosos transferidos antes e após formação, teste de Mann-Whitney e valor p.

4.2.5 Transferências “deitado-sentado-cadeira” pré e pós-formação

No que diz respeito às pontuações das transferências realizadas antes (primeira fase) e após (segunda fase) à Formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”, a pontuação global média da primeira fase foi de $0,62 \pm 0,11$ e, na segunda fase, de $0,67 \pm 0,15$, num total possível de 1. A pontuação global da fase pós-formação foi assim superior à da fase pré-formação. Quando se analisaram as diferentes etapas da tarefa, verificou-se também um ligeiro aumento das pontuações parciais: aumento de $0,72 \pm 0,23$ para $0,77 \pm 0,15$ na etapa “sentar na cama”, de $0,57 \pm 0,14$ para $0,63 \pm 0,20$ na etapa “transferência cama-cadeira” e de $0,61 \pm 0,14$ para $0,66 \pm 0,17$ no que na etapa “componentes extra-técnicas”.

Para comparar os dois grupos de observações (pré e pós-formação) utilizou-se o teste de Mann-Whitney, uma vez que a variável “desempenho na transferência deitado-sentado-cadeira” não apresenta uma distribuição normal (*Apêndice VIII*). Não foram detectadas diferenças nas pontuações das etapas “sentar cama” ($p=0,306$), “transferência cama-cadeira” ($p=0,135$) e “componentes extra-técnicas” ($p=0,062$). Contudo, no que diz respeito à “pontuação total”, constatou-se que existem diferenças significativas entre as pontuações das duas fases ($p=0,031$) (Quadro 22), o que representa que o desempenho global na tarefa foi melhor na fase pós-formação.

	1ª Fase (n=34)	2ª Fase (n=26)	Teste de Mann-Whitney	
	Pontuação antes	Pontuação depois	Z	Valor P
Etapas				
<i>Sentar Cama</i>	0,72	0,77	-1,023	0,306
<i>Transferência Cama-Cadeira</i>	0,57	0,63	-1,495	0,135
<i>Componentes Extra-técnicas</i>	0,61	0,66	-1,863	0,062
Total	0,62	0,67	-2,151	0,031

Quadro 22 – Pontuações médias das transferências realizadas pelos ajudantes antes e após formação, valor do teste de Mann-Whitney e *valor p*.

4.2.5.1 *Etapas “sentar na cama”*

Ao analisar os itens da etapa “sentar na cama”, verificou-se que o item “permanecer junto do utente” foi cumprido em todas as transferências realizadas após a formação dos ajudantes de AD (100%). Na fase pré-formação este valor tinha sido de 85% (n=29). No que se refere ao primeiro item desta tarefa (“travar a cama”), constatou-se que, na fase pós-formação, na totalidade das situações em que este item era aplicável, este foi cumprido (Quadro 23).

<i>Sentar na cama</i>	Sim				Não				N/A			
	Antes		Depois		Antes		Depois		Antes		Depois	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Travar a cama	4	12	6	23,1	3	8,8	0	0	27	79	20	77
2. Colocar o utente em decúbito lateral	18	53	10	38,5	16	47	16	61,5	-	-	-	-
3. Fazer pegas na cintura escapular e nos membros inferiores	29	85	23	88,5	5	15	3	11,5	-	-	-	-
4. Fazer movimento giratório	22	65	20	76,9	12	35	6	23,1	-	-	-	-
5. Permanecer junto do utente	29	85	26	100	5	15	-	-	-	-	-	-

Quadro 23 – Número de observações referentes à etapa “sentar na cama” das transferências realizadas antes e após formação.

4.2.5.2 Etapa “transferência cama-cadeira”

Em relação à etapa “transferência cama-cadeira”, verificou-se que no item “travar a cadeira”, a cadeira com rodas foi travada em apenas em 68% (n=23) das transferências realizadas na fase pré-formação, tendo este valor diminuído para 42,3% (n=11) no segundo período de observações. Constatou-se ainda que, no que diz respeito ao item “posicionar os pés do utente no chão”, este apenas foi assegurado em 21% (n=7) das transferências pré-formação e em 30,8% (n=8) nas transferências observadas pós-formação. Quando se analisaram os valores referentes ao item “pegas na região da cintura pélvica/cintura escapular”, verificou-se um aumento de 12% (n=4) para 50% (n=13) de pegas feitas correctamente. Já no que diz respeito ao “controlar os joelhos e os pés do utente”, escassas foram as situações em que este passo foi assegurado, 2,9% (n=1) antes e 7,7% (n=2) depois (Quadro 24).

<i>Transferência cama-cadeira</i>	Sim				Não				N/A			
	Antes		Depois		Antes		Depois		Antes		Depois	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Posicionar a CR em relação à cama	34	100	26	100	0	0	0	0	-	-	-	-
2. Travar a CR	23	68	11	42,3	11	32	15	57,7	-	-	-	-
3. Retirar o apoio de pés	33	97	26	100	1	2,9	0	0	-	-	-	-
4. Deslocar o utente para a beira da cama	14	41	12	46,2	20	59	14	53,8	-	-	-	-
5. Posicionar os pés do utente no chão	7	21	8	30,8	27	79	18	69,2	-	-	-	-
6. Fazer pegas na região da cintura pélvica/cintura escapular	4	12	13	50	30	88	13	50	-	-	-	-
7. Controlar os joelhos e os pés do utente	1	2,9	2	7,69	30	88	12	46,2	3	9	12	46
8. Levantar, rodar e sentar o utente na CR	31	91	24	92,3	3	8,8	2	7,69	-	-	-	-
9. Assegurar que o utente ficou bem sentado na CR	24	71	22	84,6	10	29	4	15,4	-	-	-	-

Quadro 24 – Número de observações referentes à etapa “transferência cama-cadeira” das transferências realizadas antes e após formação.

4.2.5.3 *Etapa “componentes extra-técnicas”*

No que diz respeito aos itens das “componentes extra-técnicas”, constatou-se que em nenhuma das transferências realizadas ($n = 0$), tanto na fase pré como na fase pós-formação, foi colocado calçado apropriado no indivíduo transferido. Para o item “foi solicitada mais ajuda quando necessário”, verificou-se uma redução de 70,6% ($n=24$) para 26,9% ($n=7$) e, em simultâneo, um aumento de 21% ($n=7$) para 69% ($n=18$) dos casos em que se considerou que esta ajuda não era necessária (“não aplicável”). No item “tarefa foi realizada com uma postura correcta”, observou-se valores de 23,5% ($n=8$) na primeira fase e de 34,6% ($n=9$) na segunda fase. No último item desta etapa, relativo à coordenação das ajudantes entre si durante a realização da tarefa, verificou-se uma diminuição no período pós-formação, de 47,1% ($n=16$) para 19,2% ($n=5$) (Quadro 25).

Componentes extra-técnicas	Sim				Não				N/A			
	Antes		Depois		Antes		Depois		Antes		Depois	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Foi feita uma abordagem inicial do utente	32	94,1	25	96,2	2	5,9	1	3,8	-	-	-	-
2. Foi explicada a tarefa que se iria realizar	31	91,2	24	92,3	3	8,8	2	7,7	-	-	-	-
3. Foi solicitada a participação do utente	15	44,1	21	80,8	19	56	5	19	-	-	-	-
4. Foi solicitada mais ajuda (se necessário)	24	70,6	7	26,9	3	8,8	1	3,8	7	21	18	69
5. Foi colocado no utente calçado apropriado para a manobra	0	0	0	0	34	100	26	100	-	-	-	-
6. Foi assegurado que há espaço suficiente/não há obstáculos	29	85,3	23	88,5	5	15	3	12	-	-	-	-
7. Tarefa foi realizada com uma postura correcta	8	23,5	9	34,6	26	76	17	65	-	-	-	-
8. Ajudantes coordenaram-se durante a tarefa	16	47,1	5	19,2	8	24	2	7,7	10	29	19	73

Quadro 25 – Número de observações referentes à etapa “componentes extra-técnicas” das transferências realizadas antes e após formação.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo geral analisar o impacto de uma formação para ajudantes de AD no desempenho da tarefa de transferência “deitado-sentado-cadeira” de idosos dependentes internados. Pretendia-se também caracterizar o perfil destes profissionais e identificar as suas percepções relativamente à importância da formação profissional na sua área, da formação em transferências e da dificuldade sentida na sua realização. Após a análise dos resultados obtidos, pode considerar-se que a formação dos ajudantes de AD em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física” teve um impacto positivo no desempenho destes ajudantes na tarefa de transferência de idosos. Verifica-se ainda que há uma sensibilização generalizada por parte dos ajudantes de AD da RSJA para a importância da formação na sua profissão e, especificamente, formação em transferências.

- Discussão de resultados

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, no que diz respeito à caracterização dos ajudantes de AD, constatou-se que a maioria dos ajudantes pertence ao género feminino. Estas características vão ao encontro da descrição dos cuidadores de AD encontrada no estudo “Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas” realizado em 27 instituições portuguesas por Sousa (2011), que evidencia a forte feminização desta profissão. No que se refere às habilitações literárias, aproximadamente um terço dos indivíduos cumpriu escolaridade apenas até ao 6º ano (inclusive), o que revela um grupo de indivíduos pouco escolarizados. Estes dados evidenciam o carácter pouco atractivo desta profissão, considerada socialmente pouco valorizada, mal remunerada e desgastante (Price, Alde, Provis, Harris, & Stack, 2004). No que diz respeito à formação profissional anterior a este estudo, metade dos ajudantes revelou ter frequentado algum curso de formação relacionada com as funções desempenhadas, a grande maioria em contexto de formação contínua na RSJA (formação em Cuidados Básicos de Saúde, ministrada em 2006). É ainda importante referir que, de acordo com a informação a que se teve acesso sobre esta formação (nomeadamente ao dossier de formação), o tema “transferências” não terá sido abordado (*Apêndice X*). Assim como foi demonstrado no estudo de Sousa (2011), estes dados revelam que a formação profissional antes do início da actividade profissional não constitui uma prática corrente apesar dos enquadramentos legais que exigem a frequência de formação profissional. Jacob (2003) mostrou também que, em Portugal, o pessoal não técnico que presta cuidados a idosos inicia muitas vezes a sua

actividade profissional sem ter frequentado qualquer acção de preparação específica que o habilite para trabalhar com idosos e que a formação contínua geralmente não tem uma periodicidade regular.

Percepção dos ajudantes de AD acerca da formação profissional, formação em transferências e dificuldade na realização de transferências

A totalidade dos ajudantes de AD considerou importante ter formação profissional na sua área e formação em transferências, sendo a melhoria no desempenho da sua actividade e no desempenho da técnica de transferências as justificações mais apontadas. Estes dados vão ao encontro do que está relatado no estudo de Glaister e Blair (2008), segundo o qual estes profissionais referem frequentemente que sentem necessidade de mais formação e experiência. Assim como foi comprovado no estudo de Coffey (2004), a introdução de formação para pessoal auxiliar foi positivamente percebida por estes profissionais, sendo considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados prestados a idosos. Sousa (2011) também terá verificado que a percepção das necessidades de formação pelos ajudantes de AD é elevada e extensiva a várias tarefas, nomeadamente de cuidados básicos de saúde, onde estão incluídas as técnicas de mobilização do idoso.

O facto de todos os ajudantes terem considerado a formação profissional na sua área como uma necessidade sentida e de, na prática, apenas metade dos mesmos terem frequentado algum tipo de curso na área profissional em questão, poderá estar relacionado com vários factores: falta de oportunidade para as frequentar, fraca sensibilidade dos empregadores para a importância da formação profissional e/ou escassez de oferta formativa nesta área. O fraco investimento formativo neste grupo profissional traz custos incalculáveis para as organizações e para a qualidade dos cuidados prestados, que se traduzem em despesas acrescidas nos processos de recrutamento e preparação frequente de novos trabalhadores, má participação e adequação no sistema de cuidados a idosos, afectando o bem-estar e qualidade de vida dos mesmos (Potter et al., 2006). Seria portanto importante que, num futuro próximo, o investimento na formação de ajudantes se tornasse uma realidade. De referir que na Instituição onde se realizou o estudo, durante o período em que decorreu a recolha de dados (Abril a Outubro de 2011), dos 25 ajudantes de AD que se encontravam em funções, 5 passaram a estar ausentes, temporária ou definitivamente, por diversos motivos (baixas por seguro, licenças, termos de contrato). Concomitantemente foram sendo admitidos 7 novos colaboradores, dos

quais 2 já não se encontravam em funções na RSJA em meados de Dezembro de 2011. Estes dados são um exemplo que demonstra a grande rotatividade de profissionais que se verifica nesta classe, em períodos de tempo relativamente curtos. Para além das despesas associadas no recrutamento e preparação destes novos trabalhadores, esta permanente rotatividade de profissionais irá inevitavelmente reflectir-se na qualidade dos cuidados que são prestados aos idosos.

No que se refere à percepção da dificuldade em realizar transferências de indivíduos, ainda que a totalidade tenha referido considerar importante a formação nesta técnica, praticamente dois terços dos ajudantes afirmaram não sentir esta dificuldade. Para além disso, dos profissionais que reconheceram sentir esta dificuldade, a maioria associam-na à competência do colega com quem estão a transferir o indivíduo e às características do indivíduo transferido. O esforço físico sentido, como justificação para esta dificuldade, foi sub-referido pelos ajudantes. Estes resultados revelam-se interessantes uma vez que, apesar de todos os ajudantes considerarem importante a formação em transferências, nem todos reconhecem possíveis dificuldades na sua realização.

Percepção da dificuldade na realização de transferências e tempo de serviço como ajudantes de AD na RSJA

Quando se relacionou a percepção sobre a dificuldade em realizar transferências e o tempo de serviço como ajudante na RSJA, verifica-se que os ajudantes que exercem funções há mais tempo na RSJA são os que mais assumem ter dificuldade na realização de transferências, sendo esta relação estatisticamente significativa.

Esta relação poderá dever-se ao facto do desempenho de uma actividade profissional de carácter muito prático (como é o caso da profissão de ajudante de AD) durante algum tempo, permitir aos indivíduos terem uma percepção mais realista de que o tempo de experiência profissional não é, por si só, suficiente para o “saber-fazer” determinadas tarefas correctamente. A tarefa de ajudar um indivíduo a mover-se é uma tarefa complexa e exige conhecimentos teóricos e práticos para se poder realizar de forma adequada (Johnsson, Kjellberg, Kjellberg, & Lagerström, 2004).

Percepção da dificuldade na realização de transferências e formação profissional anterior dos ajudantes de AD

Ao estabelecer a relação entre as respostas acerca da dificuldade na realização de transferências e a formação profissional anterior ao estudo, constataram-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas, sendo que a maioria dos ajudantes que nunca tinham tido formação profissional afirmaram não ter dificuldade na realização de transferências e os ajudantes que já tinham formação anterior nesta área profissional reconheceram esta dificuldade.

Estes resultados podem estar relacionados com facto de os ajudantes que nunca tiveram formação profissional, por desconhecimento do que é mais adequado/desadequado, terem uma percepção desajustada sobre o seu desempenho nas tarefas da sua prática profissional. Deste modo, os indivíduos que já tiveram oportunidade de participar em cursos de formação, nos quais terão adquirido mais conhecimentos e competências práticas, poderão ter mais facilidade em avaliarem o seu real desempenho. Estes resultados levam-nos a concluir que a formação é importante para ensinar os ajudantes acerca do que é correcto/incorrecto. O que é sentido como uma dificuldade poderá ser, noutro sentido, uma espécie de consciência, ou esforço em fazer bem, uma vez que já há algum conhecimento sobre o que se considera uma tarefa bem desempenhada. A falta de formação, por sua vez, poderá estar associada a uma percepção errónea de auto-eficácia, ou seja, não havendo conhecimento sobre o que é mais correcto ou incorrecto, poderá também não haver consciência sobre as dificuldades.

Dependência funcional dos idosos transferidos

No que diz respeito ao nível de dependência dos idosos transferidos, avaliado através do Índice de Barthel, embora o nível de dependência dos idosos na primeira fase tenha sido ligeiramente superior, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dados colhidos na primeira e na segunda fase, tanto nas pontuações do Índice de Barthel total ($p=0,708$) como nas pontuações do item “transferência cama-cadeira” ($p=0,105$). Deste modo, pode considerar-se que o nível de dependência dos indivíduos transferidos não influenciou de forma significativa o desempenho dos ajudantes entre as duas fases. Revelou-se importante avaliar a dependência dos idosos uma vez que, como é evidenciado por Holman (2006), as características dos doentes podem influenciar a manipulação dos doentes,

nomeadamente a sua estatura e grau de dependência, sendo que este último que condiciona grandemente a participação do doente na realização da tarefa.

Transferências “deitado-sentado-cadeira” pré e pós-formação

De acordo com os resultados obtidos no estudo observação, pode concluir-se que o desempenho global dos ajudantes de AD na transferência “deitado-sentado-cadeira” melhorou após a formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney uma vez que a variável “desempenho na transferência deitado-sentado-cadeira” não apresenta uma distribuição normal (*Apêndice VIII*). Esta melhoria no desempenho após a formação foi observada nas três etapas da tarefa: na etapa “sentar na cama” a pontuação aumentou de 0,72 para 0,77; na “transferência cama-cadeira” de 0,57 para 0,63; e nas “componentes extra-técnicas” de 0,61 para 0,66. Como se pode constatar, o desempenho global na realização da transferência e em cada uma das 3 etapas foi avaliado como positivo, tanto na fase pré como na fase pós formação, uma vez que as pontuações totais e parciais registaram-se acima de 0,5 (entre 0,57 e 0,77). Contudo, estes valores mantêm-se consideravelmente abaixo do que é considerado um desempenho ideal na tarefa (pontuação máxima=1). Estes resultados podem ter várias interpretações, nomeadamente no que diz respeito à formação. Uma das possibilidades poderá ser que o tempo dedicado ao tema “transferências” tenha ficado aquém do necessário para que isso se reflectisse de forma mais evidente no desempenho dos ajudantes. No módulo “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”, composto por um total de 12 horas, a sessão onde foram abordadas as técnicas de transferência era constituída apenas por 2 horas e incluía outros conteúdos relacionados com a mobilização de indivíduos. O tempo dedicado à abordagem da transferência “sentado-cama-cadeira” poderá, assim, ter sido insuficiente. A este facto acresce a inerente escassez da componente prática desta formação, fundamental na abordagem deste tipo de conteúdos. Como é defendido por Tamminen-Peter e colaboradores (2010), foi demonstrado que são consideradas necessárias 16 horas de formação em mobilização de doentes para que um grupo com necessidades de formação similares domine os conhecimentos e adquira capacidades básicas. Outra possibilidade que poderá também ter influenciado a aquisição das informações abordadas, diz respeito ao facto dos ajudantes não terem sido sujeitos a uma avaliação prática sobre estes conteúdos. Salienta-se ainda que, nesta formação, foram abordadas vários tipos de transferências, e não apenas a transferência “deitado-sentado-cadeira”.

Como refere Johnsson (2005), a forma como os movimentos numa tarefa são realizados é específica de cada indivíduo. A tarefa de ajudar um indivíduo a mover-se é uma tarefa complexa. Os participantes de programas de treino deste tipo de tarefas poderão necessitar de tempo e abordagens de ensino diferentes para que a aprendizagem se processe. O tipo de doentes e de cuidados que se prestam em cada instituição, deve também ser considerado nas formações sobre transferências

Estes resultados podem, portanto, ser indicativos de que são necessárias mais formações que abordem os métodos e técnicas de transferência. Determinados reajustes poderão ser aplicados a este tipo de formações, tendo em conta as conclusões obtidas neste estudo.

Relembrando os resultados do estudo das percepções dos ajudantes relativamente à dificuldade sentida na realização de transferências, poderá aqui ser estabelecida uma relação interessante. Após terem sido feitos os cálculos (*Apêndice XI*), constatou-se que, dos 18 ajudantes observados durante as transferências, mais de metade (58,8%) referiu não sentir dificuldade na sua realização. Tendo em conta a pontuação total média obtida antes da formação ($=0,62$), cujo valor é visivelmente abaixo do considerado ideal ($=1$), isto pode levar-nos a levantar algumas hipóteses. Uma delas diz respeito ao facto de alguns ajudantes estarem desprovidos de conhecimentos acerca da forma correcta de realizar transferências, o que, por sua vez, pode limitar a percepção real das suas dificuldades. Outra hipótese refere-se ao facto de que, ainda que os ajudantes possuam conhecimentos acerca da forma correcta de as realizar, estes não sejam colocados em prática. Como foi referido por Sousa (2011), a avaliação do desempenho dos indivíduos permite a verificação do nível de transferência de conhecimentos para a prática profissional. Deste modo, estudos futuros são necessários para estudar quais as barreiras existentes na operacionalização dos conceitos abordados em contexto de formação.

Etapa “sentar na cama”

Das 3 etapas, esta foi a que apresentou as pontuações mais elevadas. Podem destacar-se aqui três situações: na fase pós-formação foi sempre garantido que as camas estavam travadas (embora fossem escassos os casos aplicáveis); os itens “permanecer junto do utente” e “fazer pegos na cintura escapular e nos membros inferiores” obtiveram as melhores pontuações. Estes factos revelam-se bastante positivos, principalmente em termos de segurança para o idoso, uma vez que, quando os itens referidos não estão assegurados, podem advir consequências graves, como

por exemplo situações de queda. De facto, assegurar a travagem dos equipamentos, faz parte dos princípios sobre a mobilização manual de doentes publicados pela NIOSH (Waters et al., 2009).

Um item que deveria ser considerado nesta etapa da transferência, uma vez que é apontado como um princípio primário sobre a manipulação manual de doentes (Waters et al., 2009), diz respeito à regulação da altura da cama. No entanto, este item não foi considerado, porque a maioria das camas da RSJA não é regulável em altura.

Etapa “transferência cama-cadeira”

A etapa “transferência cama-cadeira” foi a que revelou as pontuações parciais mais baixas. Este dado pode revelar-se útil para compreender em que etapa há maior necessidade de intervir em futuras formações.

Deste modo, importa fazer algumas considerações importantes. O número de vezes em que foi assegurado que a cadeira com rodas se encontrava travada foi inferior a 50% na fase pós formação, tendo-se verificado uma diminuição em relação à primeira fase. Este facto pode revelar que não existe, por parte destes ajudantes, a percepção das consequências de não bloquear todo o material móvel. Como é ressaltado pela NIOSH (Waters et al., 2009), as forças excessivas que podem ser necessárias exercer para completar uma tarefa nestas condições, poderão revelar-se drásticas para o profissional e para o indivíduo transferido. Neste item, torna-se ainda importante referir que, durante o estudo, foi detectado que, das 8 cadeiras com rodas disponíveis, uma delas dispunha apenas de um dispositivo de travagem, o que por si só constitui um perigo para a realização da transferência.

Outro item onde foram constatadas fracas pontuações, embora se tenha verificado uma melhoria nas observações pós-formação, diz respeito às pegadas utilizadas durante a passagem da cama para a cadeira. Na grande maioria dos casos, as pegadas foram realizadas incorrectamente na fralda e ao nível das axilas dos idosos. Este facto vai ao encontro do que foi descrito por Owen, Welden e Kane (1999), segundo os quais uma componente das técnicas de transferência não recomendada é a chamada “pega na axila” que, sendo desconfortável para o indivíduo, é comumente utilizada. No caso deste estudo, importa referir que, tendo sido todas as transferências realizadas aquando do levantar do idoso de manhã, a grande maioria destes encontrava-se com roupa de dormir (em muitos casos sem calças) e com fralda. Esta roupa era apenas retirada no quarto de banho, onde iria ser realizada a higiene do utente. Deste modo, estas condições revelam a dificuldade em realizar uma pega correcta e eficaz ao nível da cintura pélvica. Esta lacuna poderia ser contornada

através da utilização de cintos de transferência (não disponíveis nesta Instituição). De acordo com as orientações da NIOSH (Waters et al., 2009), a utilização de dispositivos, nomeadamente cintos de transferência, é útil pois diminuem a carga que tem de ser suportada e o atrito entre a pele do indivíduo e a roupa.

Por fim, nesta etapa, as situações em que foi assegurado “controlar os joelhos e os pés do utente” foram raras. Tal como foi destacado anteriormente, as forças excessivas necessárias para completar uma tarefa nestas condições (em que o indivíduo não consegue ficar apoiado nos membros inferiores sem ajuda), poderão ter consequências drásticas para o profissional e para o indivíduo transferido.

Etapa “componentes extra-técnicas”

Da análise dos itens desta etapa relacionados com a interacção dos ajudantes com os idosos, reflectida nos itens “foi feita uma abordagem inicial do utente” e “foi explicada a tarefa que se iria realizar”, pode concluir-se que se obtiveram pontuações elevadas, em ambas as fases. O facto de o tempo de internamento dos utentes na RSJA ser, em média, relativamente prolongado (37,5 dias), poderá ter facilitado o cumprimento destes itens, uma vez que, por um lado há uma relação estabelecida entre o ajudante e o utente e, por outro, o utente já tem conhecimento sobre as dinâmicas da Instituição, nomeadamente no que diz respeito às tarefas de transferência. De acordo com um estudo de Godfrey (2000), do ponto de vista dos ajudantes, as qualidades pessoais, atitudinais, comunicacionais e de interacção sobrepõem-se às competências técnicas.

Nesta etapa, verificou-se também que a “solicitação da participação do utente”, foi assegurada o dobro das vezes na segunda fase em relação à primeira, o que se revela uma melhoria considerável após a formação. Este é um ponto importante pois, como é defendido por Johnsson (2005), quando é dada a oportunidade para o indivíduo colaborar, tendo em conta as suas capacidades, o desempenho e a segurança da transferência podem ser bastante melhoradas para ambos os intervenientes. Para além disso, as transferências são situações privilegiadas para treinar e reeducar a capacidade dos indivíduos para se moverem. A comunicação com o indivíduo durante a transferência é também uma forma de minimizar a ocorrência de situações imprevistas relacionadas com este (como por exemplo os membros inferiores do indivíduo “cederem” durante a transferência) e que podem trazer graves consequências para o utente e para o profissional (Johnsson, 2005). A importância da comunicação entre profissionais e utentes, não pode ser subestimada, uma vez que é um aspecto fundamental para uma técnica de transferência segura. No entanto,

solicitar a participação do indivíduo e, mais do que isso, permitir que este possa dar uma resposta motora, exige tempo disponível. Contudo, a um nível organizacional, este tipo de abordagem não é muitas vezes facilitada e incentivada. Frequentemente, o número de profissionais e o tempo que estes têm disponível para a realização das tarefas é escasso, fazendo com que optem pela forma mais rápida de as realizar. Como afirma Sousa (2011), estes profissionais habitualmente trabalham em condições caracterizadas pela insuficiência de recursos para satisfazer as necessidades dos idosos, havendo muitas vezes uma população idosa numerosa para o número de funcionários de que se dispõem.

O item “foi solicitada mais ajuda quando necessário” foi cumprido na maioria dos casos, tanto antes como após a formação. Isto leva-nos a concluir que, nesta Instituição, quando se revela necessário, os ajudantes desempenham as tarefas de transferência tendencialmente em cooperação. Na segunda fase, verificou-se um aumento dos casos em que se considerou que esta ajuda não era necessária, ou seja, “não aplicável”. Esta situação poderá estar relacionada com o facto de os idosos transferidos nesta fase apresentarem uma pontuação no Índice de Barthel ligeiramente superior, ou seja, mais independentes, em relação à segunda fase.

Nesta etapa importa sublinhar que em nenhuma das transferências realizadas, “foi colocado calçado apropriado no indivíduo” transferido. Como já foi referido relativamente ao item relacionado com as pegadas executadas, apesar de todas as transferências terem sido realizadas aquando do levantar do idoso de manhã, tal facto não impossibilita a colocação de calçado no utente. Reconhece-se, no entanto, que poderá levar a uma maior utilização de tempo na realização da tarefa. Contudo, outras alternativas à colocação de sapatos poderão ser viáveis, tais como a utilização de um tapete anti-derrapante.

No que diz respeito ao item “foi assegurado que há espaço suficiente/não há obstáculos”, as percentagens de desempenho foram elevadas em ambas as fases, o que se revela importante tendo em conta principalmente as reduzidas áreas dos quartos na RSJA.

No item “tarefa foi realizada com uma postura correcta” das componentes extra-técnicas, isto é, nas quais os ajudantes não deviam efectuar flexão/rotação do tronco, mas sim realizar flexão dos joelhos, uma base de sustentação adequada e utilizar pequenas alavancas, observam-se baixas percentagens (23,5% na primeira

fase e 34,6% na segunda fase). É importante que referir que, durante o período em que decorreu este estudo, 3 ajudantes de AD passaram a estar ausentes, devido a baixas por seguro relacionadas com queixas no sistema músculo-esquelético. Nos 3 casos (que correspondem a 12% dos ajudantes da RSJA), o mecanismo que desencadeou as queixas ocorreu durante realização de técnicas de transferência: 2 casos em transferências da cama para cadeira (queixas num membro superior) e 1 caso numa transferência do cadeirão para a cadeira de rodas (queixas num joelho). À data de término da recolha de dados deste estudo (Outubro de 2011), os 3 ajudantes mantinham-se ausentes, especificamente há 6, 4 e 1 mês. Estes dados vão ao encontro do que é referido no estudo de Ore (2003), segundo o qual a transferência de indivíduos é uma tarefa que tem vindo a ser considerada perigosa e um potencial factor de risco para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho. No referido estudo, foi demonstrado que assistir a transferência dos indivíduos de e para a cama apresenta a taxa mais elevada de lesões relacionadas com o trabalho, de todas as tarefas realizadas. Este facto foi também evidenciado num estudo de Holman (2006), no qual é descrito que as tarefas de manipulação de doentes, nomeadamente as transferências de e para a cama, cadeiras e sanitários, são consideradas de alto risco para desencadear lesões. Para além disso, este autor refere que as lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho mais comuns são as lesões na coluna, ombro, braço, punho e joelhos, o que se reflecte em dias de perda de trabalho (lesões relacionadas com o ombro – 94 dias e joelho – 76 dias).

Por fim, e embora se tenha verificado que na grande parte dos casos os ajudantes trabalham em cooperação, no que diz respeito à “coordenação” entre eles na realização da tarefa constataram-se percentagens reduzidas, principalmente na fase pós-formação. Este facto prendeu-se principalmente com falta de comunicação verbal entre os ajudantes e o facto de não definirem previamente quem dava os comandos durante a transferência.

Nesta etapa, poderia ainda incluir-se um item onde pudesse ser registado se se tinha recorrido à utilização de dispositivos de transferência (ex.: tábua de transferências). Contudo, por ser do conhecimento da investigadora que apenas existe uma tábua de transferência na Instituição e que a mesma raramente é utilizada, este não foi incluído. Efectivamente, em nenhuma das transferências realizadas foi utilizado algum tipo de dispositivo de transferências.

- Considerações metodológicas

A amostra do estudo exploratório foi constituída por 25 ajudantes de AD da RSJA que cumpriam os critérios de selecção (o que correspondeu à totalidade dos ajudantes desta Instituição) e, no estudo de observação, por 18 ajudantes.

Um dos critérios de selecção da amostra definido dizia respeito ao facto dos ajudantes trabalharem há, pelo menos, três meses na RSJA. Este período de tempo foi definido por considerar-se que, previamente a este período, os profissionais se encontram numa fase de adaptação às suas funções e à Instituição em si. Os ajudantes teriam ainda de desempenhar a sua actividade nos turnos diurnos, mais especificamente no turno da manhã, uma vez que é durante este turno que se procede ao tipo de transferência que se pretendia avaliar, isto é, transferência “deitado-sentado-cadeira”. Um terceiro critério de selecção da amostra definido dizia respeito ao facto de os ajudantes prestarem cuidados a indivíduos dependentes com 65 ou mais anos, pois um dos objectivos deste estudo foi avaliar a prestação de uma tarefa especificamente em idosos, com algum grau de dependência. A amostra do estudo observacional foi ainda condicionada pelo número de ajudantes que frequentaram a formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física” na RSJA: do total de ajudantes (25), 7 faltaram à formação, apesar do seu carácter obrigatório. Estas ausências poderão ter estado relacionadas com o facto de, para alguns ajudantes, a formação ter tido lugar fora do horário laboral. Segundo Sousa (2011), a formação deverá acontecer dentro do horário laboral, de modo a fomentar uma maior motivação e adesão dos formandos.

Na segunda etapa do estudo, não sendo possível a constituição de grupos aleatórios, houve necessidade de se proceder a um estudo quase-experimental (de séries temporais interrompidas), havendo um só grupo a ser observado antes e depois da formação.

No que diz respeito aos métodos de recolha de dados, quando se perspectivou o estudo exploratório, pretendia realizar-se uma entrevista estruturada aos ajudantes de AD. Contudo, compreendeu-se que devido à falta de disponibilidade dos ajudantes, tal não seria concretizável. Deste modo, optou-se pela realização de um questionário auto-administrado para aferir as percepções dos ajudantes de AD relativamente à formação profissional. Optou-se pelo questionário por constituir um método que permite colher informação sobre atitudes, crenças e intenções dos participantes. Para além de ser um instrumento menos dispendioso, considerando a utilização de tempo, os participantes sentem-se mais seguros relativamente ao anonimato das respostas e, por esse facto, exprimem mais livremente as opiniões que consideram pessoais (Fortin, 1996). É importante referir que foi necessária uma forte insistência por parte da

investigadora para que se procedesse à devolução dos questionários. Alguns participantes solicitaram ainda a ajuda da investigadora para o preenchimento do questionário, mais especificamente para a elaboração das respostas de justificação nas questões de percepção da importância da formação. A investigadora percebeu alguma dificuldade por parte dos ajudantes na construção destas respostas.

No que se refere ao estudo de observação, foi utilizado o método de observação directa dos ajudantes de AD uma vez que os dados que se pretendiam obter dificilmente poderiam ser obtidos de outra forma (Fortin, 1996). Este método foi utilizado pois permite obter respostas a questões relativas a comportamentos ou acontecimentos, através da observação directa dos mesmos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada (Fortin, 1996). Considerando que um observador é um “instrumento humano” de colheita de dados (Fortin, 1996), a presença física de um observador, sendo no caso deste estudo, um observador conhecido pelos elementos da amostra, pode ter afectado o desempenho dos ajudantes de AD. Como referem Resnick, Rogers, Galik e Gruber-Baldini (2007) esta presença pode reduzir o nível de actividade nos procedimentos até 50% ou, inversamente, aumentar ou melhorar o desempenho comportamental. Neste estudo, o observador adoptou como estratégia manter-se no local de observação alguns minutos antes de proceder à observação propriamente dita, de modo a permitir que os indivíduos se habituassem à sua presença. Para além disso, as observações ocorreram em diversos momentos (na primeira fase em 11 dias distribuídos por 2 meses e na segunda fase em 13 dias distribuídos por 3 meses), o que poderá ter facilitado a habituação dos ajudantes à presença do observador. Para alguns autores (Resnick et al., 2007), esta é uma estratégia que pode ser usada para reduzir a reactividade dos participantes durante a recolha de dados.

Neste estudo, optou-se ainda pela utilização de uma grelha de observação. De acordo com Fortin (1996), as listas de verificação permitem facilitar a observação e o registo das unidades de comportamento observadas. Tendo em conta que a apreciação do observador pode também afectar a fiabilidade de uma medida de observação, mesmo de forma inconsciente, a utilização de uma lista de observação pode ter melhorado esta influência, uma vez que a lista leva o observador a olhar para a presença ou ausência de actividades específicas (Resnick et al., 2007).

A utilização de um instrumento de observação que permitisse a gravação através de vídeo do momento da transferência seria, possivelmente, o instrumento mais completo e indicado, pois permitiria reproduzir e rever a tarefa realizada o

número de vezes que se considerasse necessário e por diferentes “avaliadores”. Uma das formas de avaliar a exactidão de um sistema de registo é precisamente determinar a concordância entre dois ou mais observadores, que tenham observado o mesmo comportamento com a ajuda do mesmo sistema de registo (Fortin, 1966). No entanto, este procedimento implicaria um consumo de tempo, custos e recursos humanos, dos quais não se dispunha. Para além disso, a opção da gravação em vídeo colocaria possivelmente em causa a aprovação do estudo por questões éticas. Deste modo, foi desenvolvida uma grelha específica para registo das observações da transferência “deitado-sentado-cadeira”, realizada por um ou dois ajudantes. Esta transferência foi seleccionada por ser uma das transferências mais realizadas na RSJA.

Posteriormente à recolha de dados, teve-se acesso a um outro instrumento, desenvolvido com o objectivo de avaliar a técnica durante a transferência de indivíduos (Johnsson et al, 2004). Este instrumento, denominado de DINO (*Direct Nurse Observation instrument for assessment of work technique during patient transfers*), foi desenvolvido por autores dinamarqueses (Johnsson et al., 2004) para avaliação da técnica executada por enfermeiros. Dos 22 itens que compõem a grelha de observação construída para o presente estudo, 10 são idênticos aos itens do instrumento DINO (composto por 16 itens), mais especificamente os itens: “solicitação da participação do utente”, “assegurado espaço suficiente para a manobra/remoção de obstáculos”, “travar a cama”, “travar a cadeira”, “posicionamento da cadeira em relação à cama”, “solicitação de ajuda se necessário”, “realização da tarefa com uma postura correcta”, “abordagem inicial do utente”, “explicação da tarefa a realizar” e “assegurado posicionamento do doente na cadeira”. Para além disso, o sistema de pontuações da grelha de observação utilizada neste estudo é semelhante ao definido no instrumento DINO, no qual a resposta “sim” (item cumprido) corresponde a uma cotação 1 e “não” (item não cumprido) corresponde a uma cotação 0, podendo a pontuação total assumir valores entre 0 e 1.

Para a avaliação da dependência funcional dos idosos transferidos, foi utilizado o Índice de Barthel (Shah et al., 1989) pois, sendo uma escala que permite avaliar o nível de dependência de sujeitos para a realização das actividades da vida diária (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007), um dos itens que o constitui diz respeito especificamente à actividade “transferência cama-cadeira”. O Índice de Barthel tem vindo a ser considerado uma das melhores escalas de avaliação das AVD, tendo uma aplicação bastante vasta (Shah et al., 1989). A versão utilizada (Shah et al., 1989), cuja pontuação foi modificada por este autor, apresenta uma melhoria da sensibilidade

do Índice em relação a versões anteriores, permitindo uma melhor discriminação da capacidade funcional do indivíduo, não aumentando o tempo de aplicação da escala.

De referir ainda que os procedimentos de recolha de dados decorreram em contexto natural/real, sem qualquer interferência ou intervenção por parte da investigadora.

6. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES

No estudo das transferências “deitado-sentado-cadeira”, podem identificar-se algumas limitações na metodologia de recolha de dados. Teria sido importante comparar ajudante a ajudante ou pares de ajudantes, para se poder analisar as evoluções a nível individual/pares e perceber como cada indivíduo/par contribuiu para os resultados. Para além disso, teria permitido estabelecer a comparação estatística com o estudo das percepções sobre a importância da formação profissional, formação em transferências e dificuldade sentida na sua realização. Contudo, de acordo com o tempo disponível para a colheita de dados e tendo em consideração a dinâmica da Instituição (em termos da escalas de distribuição dos ajudantes de AD, horários dos mesmos, entre outros), tal revelou-se difícil de pôr em prática. Se se tivesse optado por fazer a colheita de dados desta forma, o número de observações possivelmente iria reduzir drasticamente.

No que diz respeito aos instrumentos, a avaliação dos efeitos de programas de formação na realização das técnicas de transferência requer instrumentos válidos e fiáveis (Johnsson, 2005). Estas propriedades (validade e fiabilidade) do instrumento utilizado no estudo (grelha de observação) não foram estudadas. No entanto, é importante que foi tida em conta a opinião de peritos sobre a qualidade deste instrumento, assim como os resultados de dois estudos piloto do instrumento numa amostra de ajudantes de AD.

De referir ainda que, apesar das estratégias adoptadas, o facto de as observações terem sido realizadas apenas por um observador, fisioterapeuta na Instituição, pode ter condicionado os resultados obtidos. Por outro lado, a circunstância do observador ser “familiar” tanto para os ajudantes como para os idosos, poderá ter facilitado a naturalidade com que as tarefas foram desempenhadas. A amostra de ajudantes foi seleccionada por conveniência, sendo os resultados obtidos dificilmente generalizados para além do grupo em estudo. Apesar do reduzido tamanho da amostra, 25 no estudo exploratório e 18 no estudo de observação, o número de observações realizadas (34 antes e 26 após a formação) esteve de acordo com o recomendado para estudos quase-experimentais – 15 observações por grupo (Coutinho, 2011).

O facto de se ter realizado um estudo quase-experimental de séries temporais interrompidas, pode também representar uma limitação deste estudo. O facto de não ter sido estabelecido um grupo controlo, no qual os ajudantes não tivessem adquirido formação, não permitiu controlar a “evolução temporal” que pode ocorrer naturalmente nos sujeitos (Coutinho, 2011). Contudo, não foi possível seleccionar um grupo controlo

visto que a formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física” era de carácter obrigatório na Instituição.

Por outro lado, a condição de se ter realizado observação directa em contexto real, sem interferência por parte do observador, reflecte-se numa mais valia para deste estudo, uma vez que os ajudantes foram observados durante o desempenho das suas tarefas habituais do dia-a-dia, com utentes reais. Alguns estudos nesta área (Johnsson et al., 2006; Hess, 2007) têm vindo a ser realizados em contextos artificiais, com “pacientes modelo”, o que obriga a extrapolação de resultados para pacientes reais. Nestes casos, por melhor que seja o treino dos “pacientes modelo”, a sua actuação nunca será igual à de um paciente real.

7. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

- O desempenho dos ajudantes de AD na transferência “deitado-sentado-cadeira”, avaliado através de uma grelha de observação desenvolvida para este estudo, melhorou após a formação em “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”. O desempenho na realização da tarefa não foi condicionado pelo nível de dependência funcional dos idosos uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas a este nível nos idosos transferidos antes e depois da formação.
- Os ajudantes de AD manifestaram ter a percepção da importância da formação profissional na sua área e da formação na tarefa de transferências. Aproximadamente dois terços dos ajudantes de AD revelaram não sentir dificuldades na realização de transferências. Os ajudantes com formação profissional anterior e com mais tempo de serviço na Instituição foram os que mais reconheceram esta dificuldade.
- A maioria dos ajudantes, com uma média de idades de 42 anos e maioritariamente do género feminino, eram pouco escolarizados, tendo apenas metade da amostra realizado algum tipo de formação profissional anteriormente a este estudo.

Os resultados deste estudo, por revelarem as etapas em que há maiores lacunas no desempenho da transferência “deitado-sentado-cadeira” para esta população de ajudantes de AD, podem revelar-se úteis para reajustes em futuros planos de formação em transferências.

Como já foi referido, considerando que as transferências são um momento de interacção entre dois ou mais intervenientes, teria sido interessante avaliar a percepção dos ajudantes relativamente ao seu desempenho na realização das transferências, assim como a percepção dos idosos, no que diz respeito à sensação de segurança, conforto e dor durante as transferências. Deste modo, poderia identificar-se a perspectiva dos dois intervenientes. Contudo, é importante referir que este tipo de avaliação junto dos idosos, nomeadamente no que diz respeito à sensação de segurança durante as transferências, poderia trazer associadas questões éticas importantes. Seria também importante proceder-se ao estudo das propriedades do instrumento - grelha de observação, utilizado neste estudo.

O desenvolvimento e aperfeiçoamento de dispositivos facilitadores da mobilização de doentes, tais como elevadores mecânicos (móveis ou fixos) e cintos de transferência, principalmente para indivíduos com níveis de dependência severos, tem vindo a aumentar nos últimos anos (Holman, 2006; Nelson et al., 2009; Silverstein et al., 2006; Tamminen-Peter et al., 2010). É portanto necessário fazer-se um trabalho de

sensibilização das organizações para a importância destes dispositivos na prevenção de LMELT nos profissionais que prestam cuidados. Por outro lado, é necessário ter em conta que a aquisição deste material, nomeadamente dos dispositivos mecânicos, implica elevados custos, para além do facto da sua utilização requerer formação. Para o caso específico da Instituição onde decorreu este estudo, a RSJA, dentro das alternativas disponíveis e considerando os custos implicados, considera-se que a aquisição de cintos de transferência e camas de altura ajustável seria vantajosa.

As conclusões obtidas neste estudo permitem reafirmar, assim, a importância da formação profissional neste e para este grupo de cuidadores formais. Para além de ser uma necessidade sentida por parte dos ajudantes de acção directa, é interessante constatar que a falta de formação na área pode estar relacionada com a qualidade no desempenho de tarefas realizadas no dia-a-dia profissional destes cuidadores.

Tratando-se de uma área pouco explorada, nomeadamente em Portugal, é fundamental a realização de mais estudos nos quais se desenvolvam e avaliem o impacto de programas de formação para ajudantes de acção directa, particularmente que envolvam tarefas relacionadas com a mobilização de doentes, assim como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação.

Com a tendência para o envelhecimento da população e consequente aumento das situações de dependência, havendo como objectivo máximo melhorar a qualidade na prestação de cuidados, torna-se urgente preparar e formar os profissionais que prestam a maior parte destes cuidados aos idosos. Para tal é necessário sensibilizar, não apenas os profissionais que lidam directamente dos idosos, mas também as organizações, de modo a que sejam fomentadas políticas que incentivem a formação e que sejam criadas condições humanas e materiais que permitam prestar cuidados de qualidade.

8. BIBLIOGRAFIA

- Abric, D., & Dotte, P. (2002). *Gestos e activação para as pessoas idosas: ergomotricidade e cuidado gerontológico*. Loures: Lusociência.
- Agência Nacional para a Qualificação [ANQ] (2008). *Perfil Profissional do Agente de Geriatria*. Acedido em 24 Setembro 2011, em: <http://www.catalogo.anq.gov.pt>.
- Alamgir, H., Cvitkovich, Y., Yu, S., & Yassi, A. (2007). Work-related injury among direct care occupations in British Columbia, Canada. *Occup Environ Med*, 64 (11), 769-775.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Barkay, A., & Tabak, N. (2002). Elderly residents participation and autonomy within a geriatric wars in a public institution. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 198-209.
- Bastos Viegas (2006). *Catálogo Medical Express online*. Acedido em 9 Dezembro 2011, em: <http://www.bastosviegas.com/medical/index.php>.
- Bond, J. (1993). *Aging in Society – an introduction to Social Gerontology* (Second Edition). London: Sage Publications.
- Bonner, A. F. (2008). *Certified Nursing Assistants' Perceptions of Nursing Home Patient Safety Culture: Is There a Relationship to Clinical or Workforce Outcomes?*. Thesis, Graduate School of Nursing, University of Massachusetts Medical School, Massachusetts.
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- Botelho, M. A. (2005). A funcionalidade dos idosos. Em Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bugalho, M. L., Lopes, A. V., Quintela, M. J., Nogueira, M. T., Afonso, F. G., Almeida, M. J., & Pais, S. (2006). *Relatório de Actividades 2005/PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos*. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade.
- Carrilho, M., & Patrício, L. J. (2005). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 111-140.
- Coffey, A. (2004). Perceptions of training for care attendants employed in the care of older people. *J Nurs Manag*, 12(5), 322-328.

- Collins, J. W., Nelson, A., & Sublet, V. (2006). *Safe Lifting and Movement of Nursing Home Residents*. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH].
- Costa, M. A. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos. Percursos de formação e de investigação. Em Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, T., & Branco, P. (2002). *Doenças Reumáticas Ligadas ao Trabalho – Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho: Lombalgias em Medicina do Trabalho*. Lisboa: Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas – teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- European Commission (1999). Reconciliation of work and family life and quality of care services. *Employment and Social Affairs*, 32.
- Feldstein, A., Vollmer, W., & Valanis, B. (1990). Evaluating the patient-handling tasks of nurses. *Journal of Occupational Medicine*, 32 (10), 1009-1013.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, problemas e práticas*, 36, 39-52.
- Fitzpatrick, J. M., & Roberts, J. D. (2004). Challenges for care homes: education and training of healthcare assistants. *Br J Nurs*, 8, 13 (21), 1258-1261.
- Fonseca, R., & Serranheira, F. (2006). Sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, 37-44.
- Fortin, M. F. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Garg A., Owen, B. D., & Carlson, B. (1992). An ergonomic evaluation of nursing assistants' job in a nursing home. *Ergonomics*, 35 (9), 979-995.
- Gil, A. P. (2007). Envelhecimento activo: complementaridades e contradições. *Fórum Sociológico*, CesNova, 17 (II Série), 25-36.
- Glaister J. A., & Blair, C. (2008). Improved education and training for nursing assistants: keys to promoting the mental health of nursing home residents. *Issues Ment Health Nurs.* , 29 (8), 863-872.
- Godfrey, A. (2000). What impact does training have on the care received by older people in residential homes?. *Social Work Education*, 19 (1), 55-65.

- Greene, D. P., & Roberts, S. L. (1999). *Kinesiology: movement in the context of activity*. St. Louis: Mosby.
- Hess, J. A., Kincl, L. D., & Mandeville, D. S. (2007). Comparison of three single person manual for bed-to-wheelchair transfers. *Home Healthcare Nurse*, 25 (9), 573-579.
- Hodder, J. N., MacKinnon, S. N., Ralhan, A., & Keir, P. J. (2010). Effects of training and experience on patient transfer biomechanics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40, 282–288
- Holman, G. T. (2006). Decision Factors in Patient Handling. *Proceedings of the 4th Annual Regional National Occupational Research Agenda (NORA) Young/New Investigators Symposium*, Salt Lake City, Auburn University.
- Howe L. (2008). Education and empowerment of the nursing assistant: validating their important role in skin care and pressure ulcer prevention, and demonstrating productivity enhancement and cost savings. *Adv Skin Wound Care*, 21 (6), 275-281
- Instituto para o Desenvolvimento Social [IDS] (2002). *Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. Lisboa.
- Jacob, L. (2003). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Jensen, G., Gwyer, J., Hack, L., & Shepard, K. (2007). *Expertise in Physical Therapy Practice (Second Edition)*. St. Louis: Elsevier Saunders Publishing Company.
- Johnsson, C., Kjellberg, K., Kjellberg, A., & Lagerström, M. (2004). A direct observation instrument for assessment of nurses' patient transfer technique (DINO). *Applied Ergonomics*, 35, 591–601
- Johnsson, C. (2005). *The patient transfer task – Methods for assessing work technique*. Dissertation, Department of Nursing, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Johnsson, C., Kjellberg, A., & Lagerström, M. (2006). Evaluation of nursing students' work technique after proficiency training in patient transfer methods during undergraduate education. *Nurse Education Today*, 26, 322–331
- Kjellberg, K., Johnsson, C., Proper, K., Olsson, E., & Hagberg, M. (2000). An observation instrument for assessment of work technique in patient transfer tasks. *Applied Ergonomics*, 31, 139-150.

- Knight, J. (1994). Ethics of care in caring for the elderly. *South Med J.*, 87 (9), 909-917.
- Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos. Em Paul, C. & Fonseca, A. (Coords). Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lagerström, M., Josephson, M., Pingel, B., Tjernström, G., & Hagberg, M. (1998). Evaluation of the implementation of an education and training programme for nursing personnel at a hospital in Sweden. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21, 79-90.
- Lerner N. B., Resnick B., Galik, E., & Russ, K. G. (2010). Advanced Nursing Assistant Education Program. *J Contin Educ Nurs*, 13, 1-7.
- Maas, M. L., Specht J. P., Buckwalter K. C., Gittler, J., & Bechen, K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life: Part 2. Increasing nurse staffing and training. *Res Gerontol Nurs*, 1 (2), 134-152.
- Mahoney, K. G., & Barthel, D. W. (1965). Funcional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J*, 14, 61-65.
- Mendonça F., Martinez, M. A., & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*, 13 (127), 33-49.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS] (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Ministério da Segurança Social e do Trabalho [MSST] (2002). *Prevenção da Violência Institucional – Perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Nelson, A., & Baptiste, A. (2006). Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement. *Orthopaedic Nursing*, 25 (6), 366-379.
- Nelson, A., Motacki, K., & Menzel, N. (2009). *The Illustrated Guide to Safe Patient Handling and Movement*. Springer Publishing Company, LLC.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Ore, T. (2003). Manual handling injury in a disability services setting. *Appl Ergon.*, 34 (1), 89-94.
- Organização Mundial de Médicos de Família (1999). *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários* (Segunda Edição). Administração Central do Sistema de Saúde.

- Owen, B., Welden, N., & Kane, J. (1999). What Are We Teaching About Lifting and Transferring Patients?. *Research in Nursing & Health*, 22, 3–13.
- Paquete, P., Silva, C., Botelho, A., & Fernandes, A. (2011). Estruturas residenciais para idosos em Portugal Continental: uma caracterização institucional segundo a abordagem centrada na Pessoa com demência. Em: *Conferência Internacional sobre Envelhecimento - Livro de comunicações*. Lisboa, 14 de Outubro de 2011, Fundação D. Pedro IV, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, 51-62.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phelan, E. A., Williams, B., Penninx, B. W., Lo Gerfo, J. P., & Leveille, S. G. (2004). Activities of Daily Living. Function and Disability in Older Adults in a Randomized Trial of the Health Enhancement Program. *The Journals of Gerontology*, 59 A (8), 838-844.
- Potter, S., Churilla, A., & Smith, K. (2006). An Examination of Full-Time Employment in the Direct-Care Workforce. *The Journal of Applied Gerontology*, 25 (5), 1-19.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem, Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Price, K., Alde, P., Provis, C., Harris, R., & Stack, S. (2004). What hinders and what helps: Searching for solutions to mature aged unemployment and the residential aged care workforce crisis. *Australasian Journal on Ageing*, 23 (4), 177-183.
- Pullen, R. L. (2008). Smooth patient transfers: Part II. Transferring a patient from bed to wheelchair. *Nursing2008*, 46-48.
- Randers I., & Mattiasson, A. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adults patients dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 63-71.
- Resnick, B., Rogers, V., Galik, E., & Gruber-Baldini, A. L. (2007). Measuring restorative care provided by nursing assistants: reliability and validity of the Restorative Care Behavior Checklist. *Nurs Res*, 56 (6), 387-398.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas actividades da vida diária*. Lisboa: Climepsi.
- Ruipérez, I., & Llorente, P. (1996). *Geriatría: guías prácticos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- Sampaio, R. M., Bugalho, M. L., Quintela, M. J., Sousinha, M. A., Bernardo, M. H., Pereira, F. S., Pais, S., & Gil, A. (2005). *Relatório de Actividades 2002/PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos*. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade.

- Santos, A. B. (2001). *Os serviços de proximidade como potencial fonte de criação de empregos em Portugal*. Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Sengupta, M., Harris-Kojetin, L., & Ejaz, F. (2010). A National Overview of the Training Received by Certified Nursing Assistants Working in U.S. Nursing Homes. *Gerontology & Geriatrics Education*, 31, 201–219.
- Serranheira, F., & Uva, A. S. (2002). *Doenças Reumáticas Ligadas ao Trabalho – Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho: Aspectos Gerais de Diagnóstico Prevenção*. Lisboa: Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42 (8), 703-709.
- Silverstein, B., Howard, N., Lee, D., & Goggins, R. (2006). *Lifting Patients/Residents/Clients in Health Care*. Department of Labor and Industries Staff with Lifting in Health Care Task Force Input, Washington State.
- Smith, B., Kerse, N., & Parsons, M. (2005). Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference? *Journal of the New Zealand Medical Association*, 118, 1214.
- Sousa, L. (col.) (2006). *O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais*. Em *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncípia.
- Squillace, M. R., Remsburg, R. E., Harris-Kojetin, L. D., Bercovitz, A., Rosenoff, E., & Han, B. (2009). The National Nursing Assistant Survey: improving the evidence base for policy initiatives to strengthen the certified nursing assistant workforce. *Gerontologist*, 49 (2), 185-197.
- Tamminen-Peter, L., Moilanen, A., & Fagerström, V. (2010). *A Management Model for Physical Risks in the Care Work*. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Turner, A. (1981). *The practice of occupational therapy: an introduction to the treatment of physical dysfunction*. Edimburg: Churchill Livingstone.
- União Europeia [UE] (1998). *Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência*.

- Wall, K., José, S. J., & Correia, S. V. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. *Working Papers*, Instituto de Ciências Sociais Universidade de Lisboa, 1-41.
- Waters, T. R., Nelson, A., Hughes, N., & Menzel, N. (2009). *Safe Patient Handling Training for Schools of Nursing* (Curricular Materials). Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH].
- World Health Organization [WHO] (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Ageing and Health Technical Report. Japan: WHO.

Legislação consultada

- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. *DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A-Nº109*.
- Decreto-Lei nº 414/99, de 15 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A-Nº141*.
- Despacho conjunto nº 259/97, de 8 de Agosto, Artigo 4º do Ministério da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social. *DIÁRIO DA REPÚBLICA — II SÉRIE Nº 192 — 21-8-1997*.
- Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro da Assembleia da República. *DIÁRIO DA REPÚBLICA — 1ª série Nº 30*.

APÊNDICE I

Questionário – Ajudantes de Acção Directa

Questionário – Ajudantes de Acção Directa

Nº Identificação: ____ **Categoria:** ____ **Vínculo:** ____

Horas trabalho diárias: ____ **Carga horária semanal:** ____

1.Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: ____ anos

3. Escolaridade: _____

4. Tempo de serviço/Ajudante (anos): _____

5. Tempo de serviço/Ajudante na RSJA (anos): _____

6. Formação profissional como Ajudante: Sim ☐ Não ☐

Se sim: Quando? (inicial e/ou contínua) _____

Onde (Entidade)? _____

Duração _____

Conteúdos _____

Se não: Motivo _____

6.1 Acha que é necessário ter formação para o desempenho da sua actividade?

Sim ☐ Não ☐ Porquê ? _____

7. Em média, quantas transferências realiza por dia?

Menos de 5 ☐ Entre 5 e 10 ☐ Mais de 10 ☐

8. Sente dificuldade em realizar transferências?

Sim ☐ Não ☐ Que dificuldades ? _____

9. Acha importante ter formação sobre transferências?

Sim ☐ Não ☐ Porquê ? _____

APÊNDICE II

Critérios para preenchimento da grelha de observação

Critérios para preenchimento da grelha de observação

Sentar na cama	Critérios
1. Travar a cama	<i>Camas com travões e que já estão travadas, considera-se “sim”; Camas sem travões, considera-se “não aplica”</i>
2. Colocar o utente em decúbito lateral (para o lado onde se encontram os ajudantes/onde se vai sentar o utente)	<i>Nos casos em que o utente já está em decúbito lateral, considera-se “sim”</i>
3. Fazer pegas na cintura escapular, sustentando a cabeça (aj.1) e nos MI's (região posterior dos joelhos) (aj.2)	<i>Quando se trata de um ajudante apenas, as pegas mantêm-se (um membro superior faz a pega na cintura escapular; o outro faz a pega nos membros inferiores)</i>
4. Fazer movimento giratório, movendo o tronco para cima e os membros inferiores para fora da cama	<i>Quando o movimento não é realizado em simultâneo, considera-se “não”</i>
5. Permanecer junto do utente, mantendo o apoio até este voltar ao equilíbrio	<i>O ajudante deve estar posicionado correctamente em relação ao utente para poder apoiá-lo se necessário</i>
Transferência Cama → Cadeira	Critérios
1. Posicionar a CR paralelamente/45º em relação à cama	<i>CR ou cadeira de banho com rodas</i>
2. Travar a CR	<i>Quando não se trava a totalidade dos travões da CR considera-se “não”</i>
3. Retirar o apoio de pés da CR	<i>Retirar ou desviar os apoios de pés</i>
4. Deslocar o utente para a beira da cama	<i>Até o doente chegar com os pés ao chão</i>
5. Posicionar os pés do utente no chão	<i>Pés posicionados em linha com os ombros</i>
6. Fazer pegas na região da cintura pélvica/cintura escapular	<i>Considerar “sim” qualquer pega alternativa que se considere adequada e segura para aquele utente. Exemplo: pega no tórax</i>
7. Controlar os joelhos e os pés do utente	<i>No caso de utentes que têm controlo de joelhos eficaz, considerar “não se aplica”</i>
8. Levantar, rodar e sentar o utente na CR	<i>Nos utentes que, ainda que solicitado, não o realizam, considerar “sim”</i>
9. Assegurar que o utente ficou bem sentado na CR	<i>Quando se reposiciona o utente mas este fica mal posicionado, considera-se “não”</i>

Componentes extra técnica	Critérios
Foi feita uma abordagem inicial ao utente	<i>Cumprimentar o utente, questionar acerca do seu bem-estar, etc.</i>
Foi explicada a tarefa que se iria realizar	<i>Explicação prévia da transferência</i>
Foi solicitada a participação do utente	<i>Mesmo quando o utente não tem capacidade para ajudar, a sua participação deve ser solicitada durante toda a tarefa; implica dar tempo ao utente para poder participar</i>
Foi solicitada mais ajuda (se necessário)	<i>Quando não é necessário, considerar “não se aplica”; quando não é necessário e é solicitada ajuda, considerar “não”</i>
Foi colocado no utente calçado apropriado para a manobra	<i>Ou outra alternativa viável e segura. Exemplo: utilização de um anti-derrapante</i>
Foi assegurado que há espaço suficiente/não há obstáculos	<i>Desviar obstáculos, desviar camas, retirar a elevação dos pés da cama, etc.</i>
Tarefa foi realizada com uma postura correcta	<i>Flectir joelhos; não realizar flexão/rotação tronco; utilizar pequenas alavancas; manter um bom equilíbrio; manter uma base de sustentação estável</i>
Ajudantes coordenaram-se durante a tarefa	<i>Quando realizada apenas por um ajudante, considerar “não se aplica”</i>

APÊNDICE III

Índice de Barthel

Escala Modificada de Barthel	
Nome: _____	D.N. ____ / ____ / ____ HD: ____
CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se. 	
CATEGORIA 2: BANHO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente. 	
CATEGORIA 3: ALIMENTACAO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc. 	
CATEGORIA 4: TOALETE	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário. 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar; 	
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos. 	
CATEGORIA 6: VESTUARIO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos. 	
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário. 	

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

APÊNDICE IV

***Parecer da Comissão de Ética e da Direcção do Instituto São
João de Deus***



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Sede

Entrada N.º 1541/2011
09/06/2011

Exmo. Senhor
Nuno Lopes
Director da Residência S. João de Ávila
Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa

Lisboa, 2011.JUN.06

Ref. ISJD-O- 126/2011

V. Ref. AAA/DIR/000/2011

Assunto: Projecto de estudo: "Ajudantes de Lar: formação e prestação de cuidados a idosos dependentes institucionalizados", de Andreia Carvalho.

Exma. Senhora Directora.

A Direcção do Instituto S. João de Deus na sua reunião extraordinária de 01 de Junho de 2011, realizada na Sede do ISJD, Lisboa, teve presente, o Pedido de Estudo acima indicado, a realizar na Residência S. João de Ávila. Havendo já submetido o pedido à Comissão de Ética do Instituto S. João de Deus a resposta daquela foi positiva.

Face ao parecer positivo da Comissão de Ética, a Direcção do ISJD, aprova o estudo acima referenciado, esperando que sejam salvaguardados todos os direitos dos utentes.

Sem outro assunto no momento, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

O Presidente do ISJD



Ir. José Augusto Gaspar Louro

Anexo: Parecer da Comissão de Ética

APÊNDICE V

Consentimento informado dos participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Andreia Carvalho, fisioterapeuta na Residência São João de Ávila (RSJA) e aluna do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, venho solicitar a sua participação no estudo: "Ajudantes de Acção Directa: Formação e Prestação Cuidados a Idosos Dependentes Institucionalizados", que irá ser realizado na RSJA durante os meses de Março, Maio (primeira fase), Julho, Agosto e Setembro (segunda fase). Este estudo tem como objectivo analisar a formação profissional dos ajudantes de Acção Directa e a realização de transferências de idosos dependentes. Gostaria de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a uma entrevista feita pela investigadora, com algumas questões de sobre a sua formação profissional e sendo observado durante a realização de transferências de utentes.

A sua participação é muito importante para poder avaliar a importância da formação profissional nesta área e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados que presta na instituição, nomeadamente na realização de transferência de utentes.

As informações referentes a si são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

No caso de não se encontrar completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informações à investigadora.

Muito obrigada pela atenção dispensada.

Nome do participante

<hr/> Assinatura do participante	<hr/> Assinatura do Investigador
<hr/> Data ____/____/____	<hr/> Data ____/____/____

APÊNDICE VI

Teste de Mann-Whitney - Relação da variável “Dificuldade na realização de transferências” e “Tempo de Serviço como Ajudante de Acção Directa na RSJA”

Ranks			
Dificuldade nas transferências	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Não	16	9,72	155,50
Sim	9	18,83	169,50
Total	25		

Test Statistics	
	Anos
Mann-Whitney U	19,500
Wilcoxon W	155,500
Z	-2,985
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,002

Teste de Mann-Whitney

Relação da variável “Dificuldade na realização de transferências” e “Tempo de Serviço como Ajudante de Acção Directa na RSJA”.

(*output* retirado do *software* estatístico SPSS, versão 19)

APÊNDICE VII

Teste exacto de Fisher - Relação da variável “Dificuldade na realização de transferências” e “Formação profissional anterior”

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<i>Pearson Chi-Square</i>	4,996 ^a	1	,025		
<i>Continuity Correction^b</i>	3,306	1	,069		
<i>Likelihood Ratio</i>	5,208	1	,022		
<i>Fisher's Exact Test</i>				,041	,033
<i>Linear-by-Linear Association</i>	4,796	1	,029		
<i>N of Valid Cases</i>	25				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,32.

b. Computed only for a 2x2 table

Teste exacto de Fisher

Relação da variável “Dificuldade na realização de transferências” e “Formação profissional anterior”.

(output retirado do software estatístico SPSS, versão 19)

APÊNDICE VIII

Testes de Normalidade - “Barthel total”, “Barthel transferência cama-cadeira”, “Sentar na cama”, “Transferência Cama-cadeira” e “Componentes Extra-Técnicas”

Tests of Normality							
		<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
		<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Barthel total	Antes	,228	34	,000	,862	34	,001
	Depois	,225	26	,002	,861	26	,002
Barthel transferência	Antes	,266	34	,000	,815	34	,000
	Depois	,324	26	,000	,756	26	,000
Sentar Cama	Antes	,204	34	,001	,899	34	,004
	Depois	,245	26	,000	,818	26	,000
Transferência C-C	Antes	,161	34	,026	,924	34	,021
	Depois	,126	26	,200*	,962	26	,442
Extra-Técnicas	Antes	,170	34	,014	,946	34	,091
	Depois	,193	26	,014	,840	26	,001
Total	Antes	,126	34	,192	,959	34	,228
	Depois	,187	26	,020	,906	26	,021

a. Lilliefors Significance Correction

**. This is a lower bound of the true significance.*

Testes de Normalidade

“Barthel total”, “Barthel transferência cama-cadeira”, “Sentar na cama”, “Transferência Cama-cadeira” e “Componentes Extra-Técnicas” antes e depois

(*output* retirado do *software* estatístico SPSS, versão 19)

APÊNDICE IX

Teste de Mann-Whitney - Relação entre “Barthel total”, “Barthel transferência cama-cadeira”, “Sentar na cama”, “Transferência Cama-cadeira” e “Componentes Extra-Técnicas” antes e depois da formação

Ranks				
	Momento	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Barthel total	Antes	34	29,76	1012,00
	Depois	26	31,46	818,00
	Total	60		
Barthel transferência	Antes	34	27,49	934,50
	Depois	26	34,44	895,50
	Total	60		
Sentar Cama	Antes	34	28,54	970,50
	Depois	26	33,06	859,50
	Total	60		
Transferência C-C	Antes	34	27,59	938,00
	Depois	26	34,31	892,00
	Total	60		
Extra-Técnicas	Antes	34	26,88	914,00
	Depois	26	35,23	916,00
	Total	60		
Total	Antes	34	26,26	893,00
	Depois	26	36,04	937,00
	Total	60		

Test Statistics						
	Barthel total	Barthel transferência	Sentar Cama	Transferência C-C	Extra-Técnicas	Total
<i>Mann-Whitney U</i>	417,000	339,500	375,500	343,000	319,000	298,000
<i>Wilcoxon W</i>	1012,000	934,500	970,500	938,000	914,000	893,000
<i>Z</i>	-,375	-1,620	-1,023	-1,495	-1,863	-2,151
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	,708	,105	,306	,135	,062	,031

Teste de Mann-Whitney

Relação entre “Barthel total”, “Barthel transferência cama-cadeira”, “Sentar na cama”, “Transferência Cama-cadeira” e “Componentes Extra-Técnicas” antes e depois da formação

(*output* retirado do *software* estatístico SPSS, versão 19)

APÊNDICE X

***Conteúdos programáticos da formação em Cuidados Básicos
de Saúde, 2006***

Conteúdos programáticos da formação em Cuidados Básicos de Saúde

1. Módulo de Cuidados Básicos de Saúde

- Conceito de saúde
- Funções das auxiliares
- Postura das auxiliares de saúde (equipamento do dia a dia; relações pessoais e gestão de conflitos)
- Patologias (patologias cerebrais – AVC; vertebro-medulares; ...)

2. Módulo de Mobilização e Repouso

- Importância dos cuidados de higiene pessoa
- Banho da cama
- Posicionamentos
- Úlceras de pressão
- Cuidados e ajudas na alimentação

3. Módulo Higiene e Segurança no Trabalho

- Infecções nosocomiais
- Técnicas de lavagem de mãos
- Esterilização
- Cuidados com os lixos

4. Primeiros Socorros

APÊNDICE XI

Dificuldade na realização de transferências nos ajudantes que frequentaram a formação “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”

	Sim	%	Não	%	Total	%
Sente dificuldades nas transferências?	7	41,18	10	58,82	17	100

Dificuldade na realização de transferências nos ajudantes que frequentaram a formação “Princípios e Conceitos Básicos em Reabilitação Física”